



SEXUALIDADE NA ADOLESCÊNCIA: ATITUDES E
CONHECIMENTOS SOBRE MÉTODOS CONTRACEPTIVOS

ANDREIA FILIPA DUARTE DE JESUS RODRIGUES

Orientador de Dissertação:

Professora Doutora Teresa Botelho

Coordenador do Seminário de Dissertação:

Professora Doutora Teresa Botelho

Tese submetida como requisito parcial para obtenção do grau de:

MESTRE EM PSICOLOGIA

Especialidade em Clínica

2010

Resumo

Objectivo: Verificar como é vivida a sexualidade pelos adolescentes, avaliando os seus conhecimentos e atitudes sobre os métodos contraceptivos e relacionar com a prevenção de comportamentos de risco.

Método: Aplicou-se um Questionário de Caracterização da Amostra, uma Escala de Conhecimentos sobre Métodos Contraceptivos (Delcampo & Delcampo, 1976) e uma Escala de Atitudes Contraceptivas (Kyes, 1987). A amostra era constituída por 222 alunos do ensino secundário, 138 raparigas e 74 rapazes, divididos pelo 10º e 12º ano.

Resultados: A idade média da primeira relação sexual nos adolescentes é aos 15 anos e na sua grande maioria, tendem a ter comportamentos preventivos aquando da ocorrência de relações sexuais, utilizando métodos contraceptivos. Verificou--se, também, diferenças entre géneros. As raparigas tendem a ser mais preocupadas ao nível da prevenção da gravidez ou de infecções sexualmente transmissíveis.

Conclusão: As atitudes preventivas dos adolescentes face aos riscos associados à sexualidade fazem com que tenham comportamentos sexuais seguros. O conhecimento dos diferentes métodos contraceptivos é fundamental para os adolescentes apresentarem atitudes e comportamentos mais preventivos na sua vida sexual.

Palavras-chave: adolescência, sexualidade, métodos contraceptivos, conhecimentos, atitudes

Abstract

Objective: verify how sexuality is experienced by adolescents, assessing their knowledge and attitudes about contraceptive methods and relate to the prevention of risk behaviors.

Methods: It was applied a Questionnaire Sample Characterization, a range of knowledge about contraceptives methods (Delcampo & Delcampo, 1976) and a Contraceptive Attitudes Scale (Kyes, 1987). The sample consists of 222 school students, 138 girls and 74 boys, divided by the 10th and 12th year.

Results: The age at first sex among adolescents is 15 years and tend to have preventive behaviors on the occurrence of sexual relations, using contraception. There are also differences between the sexes, where girls tend to be more concerned in the prevention of pregnancy or sexually transmitted infection.

Conclusion: Preventive attitudes of adolescents face risks related to sexuality cause them to have safe sexual behaviors. The knowledge of different contraceptive methods is crucial for adolescents present attitudes and preventive behaviors in their sex life.

Key-words- adolescence, sexuality, contraceptive methods, knowledge, attitudes

ÍNDICE

Introdução.....	1
Enquadramento teórico	3
1. Adolescência	3
1.1. Alterações físicas, emocionais e comportamentais.....	4
2. Sexualidade	6
2.1. A curiosidade sexual	7
2.2. Práticas sexuais na adolescência	8
2.3. As relações sexuais e a contracepção	9
3. Educação Sexual	12
3.1. A Educação Sexual, a escola e a família	13
3.2. Objectivos da Educação Sexual.....	14
4. Atitudes e comportamentos de risco na sexualidade.....	17
5. Método	20
5.1. Delineamento.....	20
5.2. Material	20
5.3. Procedimento	21
5.4. Participantes	21
6. Resultados.....	23
7. Discussão.....	39
8. Conclusão	45
9. Referências	47

Anexos

Anexo A – Carta de autorização para a recolha da amostra

Anexo B – Protocolo de Avaliação

Anexo C - Outputs

Lista de Tabelas

TABELA 1: Distribuição de frequências de respostas relativa à existência de um parceiro sexual fixo	27
TABELA 2: Distribuição das frequências de resposta de quem proporciona informações sobre Educação Sexual	28
TABELA 3: Distribuição das frequências de resposta acerca de com quem se sentem mais abertura para falar sobre métodos contraceptivos	29
TABELA 4: Distribuição das frequências de resposta à questão 1 da Escala de Conhecimentos Contraceptivos (CKI)	30
TABELA 5: Distribuição das frequências de resposta à Questão 2 da Escala de Conhecimentos Contraceptivos (CKI)	31

Lista de Figuras

FIGURA 1: Gráfico da distribuição amostral das nacionalidades dos sujeitos do sexo feminino	22
FIGURA 2: Gráfico da distribuição amostral das nacionalidades dos sujeitos do sexo masculino	23
FIGURA 3: Gráfico da distribuição percentual do nº de raparigas que já iniciou a vida sexual	23
FIGURA 4: Gráfico da distribuição percentual do nº de rapazes que já iniciou a vida sexual.....	24
FIGURA 5: Gráfico da distribuição percentual dos rapazes que utilizaram Métodos Contraceptivos na primeira relação sexual	25
FIGURA 6: Gráfico representando os métodos contraceptivos utilizados pelas raparigas nas relações sexuais nos últimos três meses	26
FIGURA 7: Gráfico da distribuição percentual das habituais práticas sexuais dos rapazes...	27
FIGURA 8: Gráfico da distribuição percentual das habituais práticas sexuais das raparigas..	28
FIGURA 9: Gráfico da distribuição das frequências de resposta dos rapazes à Questão 3 da Escala de Conhecimentos Contraceptivos (CKI)	31
FIGURA 10: Gráfico da distribuição das frequências de resposta das raparigas à Questão 3 da Escala de Conhecimentos Contraceptivos (CKI)	33
FIGURA 11: Gráfico da distribuição das frequências de resposta dos rapazes à Questão 4 da Escala de Conhecimentos Contraceptivos (CKI)	33
FIGURA 12: Gráfico da distribuição das frequências de resposta das raparigas à Questão 4 da Escala de Conhecimentos Contraceptivos (CKI)	34
FIGURA 13: Gráfico da Distribuição das frequências de resposta dos rapazes à Questão 8 da Escala de Conhecimentos Contraceptivos (CKI)	35
FIGURA 14: Gráfico da distribuição das frequências de resposta das raparigas à Questão 8 da Escala de Conhecimentos Contraceptivos (CKI)	35
FIGURA 15: Gráfico de comparação entre géneros das médias obtidas nas respostas dadas na Escala de Atitudes face aos Métodos Contraceptivos (CAS)	36

Introdução

Os comportamentos sexuais dos jovens são um tema que tem merecido interesse por parte de vários investigadores da área da saúde sexual e reprodutiva. Factores como o início da actividade sexual cada vez mais cedo (Nodin, 2001), a não existência de parceiros sexuais fixos, o uso inconsistente de métodos contraceptivos (Beadnell et al., 2005), e a relação entre o consumo de álcool e/ou drogas e o comportamento sexual (Eaton et al., 2005) fazem com que os jovens sejam considerados como um grupo vulnerável no ramo da saúde sexual e reprodutiva (FNUAP, 2005; Matos e equipa do Projecto Aventura Social & Saúde, 2003).

O crescimento do número de pessoas com infecções sexualmente transmissíveis, nomeadamente com o VIH/SIDA (Matos e equipa do Projecto Aventura Social & Saúde, 2003) e o aumento da gravidez não desejada nos jovens entre os 15 e os 24 anos (FNUAP, 2005), fez com que a sexualidade comesse a ter um impacto negativo na saúde bastante notório (Reis & Matos, 2007).

A nível mundial, verificou-se que 9% das mulheres teve uma gravidez não planeada antes dos seus 19 anos. No nosso país, o número desce para 5%, onde 2% dos nascimentos não planeados ocorreram em jovens entre os 15 e os 19 anos (FNUAP, 2005).

As crenças relacionadas com o uso do preservativo (e.g., “tira o prazer”), as atitudes positivas ou negativas face à sexualidade, a ideia do apoio por parte de pessoas significativas (e.g. família, pares) são condicionantes extremamente relevantes quando se procura explicar os diferentes tipos de comportamentos (Nodin, 2001).

A promoção da saúde não depende só do sector da saúde, mas sim da participação activa de outras estruturas da comunidade (Matos et al., 2006). Um estudo realizado por Matos e colaboradores (1994) demonstrou que os jovens, de um modo geral, estavam bem informados acerca da prevenção de uma gravidez não desejada ou de infecções sexualmente transmissíveis, no entanto, sentem dificuldades em transformar esses conhecimentos em comportamentos de saúde saudáveis.

É na adolescência que é comum o aparecimento de um impulso forte para a relação, que se caracteriza por uma imensa energia e interesse em estar com o outro, acompanhada de um impulso sexual puro, em que o principal objectivo é a satisfação física (Fisher, 2008). Apesar das diferenças que existem em relação ao género, os adolescentes iniciam a vida sexual mais cedo. Num estudo efectuado em 41 países, em 2005 no Global Sex Survey, verificou-se, que os jovens inquiridos, apresentaram uma média de 17,3 anos de idade, em que tiveram a primeira relação sexual. Nos participantes portugueses, verificou-se um

decréscimo, para 16,9 anos, idade em tiveram a primeira relação sexual (www.durex.com/gss).

Um estudo desenvolvido em Portugal, por Tique em 2008, com estudantes adolescentes, apresentou uma média de idades em relação ao início de actividade sexual ainda mais baixa, i.e., de 14,6 anos de idade e que a principal fonte de informação sobre questões sexuais são o namorado(a) (41,7%), seguindo-se os amigos (35%) e de seguida a mãe (26,3%).

Em 2007, um estudo revelou que na opinião dos adolescentes, muitas vezes, os pais não detêm muitos conhecimentos ou as informações mais correctas sobre questões sexuais, nem se sentem à vontade para falar com os filhos (Dias, Matos & Gonçalves, 2007). Já os pares têm uma forte influência sob os adolescentes, ao nível dos comportamentos sexuais, contraceção e uso do preservativo (Kirby, 2001). No entanto, a maior parte dos estudos mostra que, o facto de as pessoas estarem informadas, isso não traduz que tendam a mudar os seus comportamentos (Matos & Sampaio, 2009).

No que respeita à utilização de métodos contraceptivos, um estudo efectuado em 2001 por Nodin, reflecte que os métodos anticoncepcionais mais utilizados são o preservativo (73,8%), referido pelos rapazes, e a pílula (44,2%) tomada pelas raparigas.

A sexualidade tem um papel fulcral no decorrer da adolescência, o que faz com que a sua orientação seja uma medida bastante necessária e imperativa, para que o desenvolvimento da adolescência seja a mais harmoniosa, responsável e segura possível (Matos e equipa do Projecto Aventura Social & Saúde, 2003).

A ideia da educação sexual surgiu, aquando da inexistência de alguém que abordasse esta temática com os jovens, ou seja, a família e a sociedade. A escola também tem o seu papel de promoção de educação e de saúde (Vilar, 2003).

Tendo como base alguns assuntos abordados, seguir-se-á o enquadramento teórico da investigação, onde será feita a definição dos principais conceitos subjacentes ao tema a desenvolver, tais como adolescência, sexualidade, educação sexual, atitudes e comportamentos de risco, entre outros.

Finda a parte teórica, será descrito o método, onde será feita uma descrição detalhada do procedimento subjacente ao estudo, a caracterização dos participantes constituintes da amostra e a definição do material utilizado, ou seja, respectivos questionários e escalas.

De seguida, será feita a análise dos resultados e a discussão dos mesmos. Por último irá ser apresentada a conclusão, que consistirá numa retrospectiva de todo o trabalho elaborado.

Enquadramento teórico

1. Adolescência

No ocidente, a adolescência corresponde ao período entre os 12 e os 20 anos de idade. No entanto, este período não é estável, devido às diferenças entre sexos, etnias, meios geográficos, condições socioeconómicas e culturais. São vários os autores que se debruçam sobre o estudo da adolescência, apresentando diferentes visões sobre o tema.

A palavra adolescência deriva do latim “adolescere”, tem como significado “fazer-se homem/mulher” ou “crescer na maturidade” (Muuss, 1976). Só a partir do século XIX é que a adolescência começa a ser vista como uma etapa distinta do desenvolvimento e, isso é notório através das diferentes teorias que vão surgindo.

A adolescência é conceptualizada como o período que decorre entre a infância e a idade adulta, cujos indícios físicos de desenvolvimento demonstram-se através da maturação sexual e terminam com a realização social da situação de “adulto independente”. É uma fase crucial do desenvolvimento humano, pois existe uma procura activa de tornar significativas, todas as suas experiências. As transformações que caracterizam a passagem para a adolescência são a nível físico e psicológico e levam a comportamentos irreverentes e ao questionamento dos modelos e padrões infantis que são necessários ao próprio crescimento (Ferreira & Nelas, 2006).

Para Zimmer-Gembeck e Collins (2003), o conceito de adolescência é um pouco consensual e complexo, pois se por um lado é difícil delimitar o início deste período desenvolvimental, a dificuldade ainda é maior no que respeita ao final, pois este processo só está concluído quando o jovem passa por uma serie de tarefas desenvolvimentais, que se expressam no plano intelectual, na socialização, na afectividade e sexualidade.

Já para Roberts (1988), a adolescência é caracterizada como um processo e não como um período, pois engloba muitas mudanças pessoais que são frequentemente intensas quer a nível físico, social, psicológico e cognitivo. No entanto, apesar destas alterações, a adolescência nem sempre é vivida e sentida como um período da vida particularmente difícil. Este período na vida do adolescente, envolve perdas e ganhos, instabilidade e o estabelecimento de novas medidas para pertencer, que envolve a aceitação da mudança da imagem corporal, resultado do início da puberdade.

Contrariamente, Bastos (2003), defende que esta fase costuma ser vivida de forma difusa e cheia de tensões, onde cada adolescente vive as suas mudanças, quer a nível físico, quer a nível psicológico, e ao seu ritmo.

1.1. Alterações físicas, emocionais e comportamentais

As mudanças físicas que ocorrem na adolescência são algo que, por vezes, podem assustar os adolescentes. O crescimento súbito da altura ou do peso, o aparecimento de pêlos em zonas como as axilas, cara, genitais e o desenvolvimento do aparelho reprodutor são um conjunto de características que podem ser geradores de ansiedade, não só por ser algo novo para o adolescente como também, o ritmo com que ele se dá (Lamas & Frade, 1995).

Fonseca (2002) defende que a adolescência se desenrola em duas fases: a primeira dá-se entre os 12/13 anos e caracteriza-se por comportamentos de auto-erotização, auto-experimentação e há uma projecção de uma fantasia erótica por alguém próximo e, normalmente, inacessível (e.g. professor); a segunda fase caracteriza-se pela forte percepção das diferenças entre os corpos e, consequentemente, uma visão muito crítica do seu próprio corpo.

Na maior parte dos adolescentes existe uma grande preocupação com o seu aspecto físico, tendo como principal objectivo estar na moda, sentir-se atraente, mas muitas vezes a imagem que transparecem para os outros é de alguma extravagância, tendo como objectivo sentirem-se integrados no seu grupo de amigos (Lamas & Frade, 1995).

Para Lamas e Frade (1995) as alterações emocionais que ocorrem na adolescência estão ligadas às mudanças hormonais e ao desenvolvimento psíquico, i.e., há um despertar das sensações sexuais, ligado à descoberta de reacções do próprio corpo, que têm um papel fundamental no desenvolvimento da personalidade. Há um crescimento da ansiedade devido ao sentimento ambivalente de prazer e medo em relação à idade adulta e, nalguns adolescentes pode haver a negação deste crescimento e, consequentemente, uma retracção.

Os comportamentos caracterizam-se por compulsivos, por estarem relacionados com conflitos internos, com os pais ou com outros adultos, que farão com que o adolescente reaja com surtos de mau humor ou atitudes agressivas (Lamas & Frade, 1995).

Para Zimmer-Gembeck e Collins (2003), a adolescência engloba tarefas psicológicas específicas como: a mentalização do Corpo sexual, onde o adolescente tenta conquistar um corpo desejado e sem ambiguidade, aceitando o próprio corpo e usá-lo de modo eficaz, sendo também necessário adquirir um papel social feminino ou masculino; a separação do nicho

afectivo primário ou a separação da infância, havendo necessidade de instaurar relações com os pares e com ambos os sexos; a formação de novos ideais e valores de referência, onde se dá a conquista de uma forma humana desejada aderindo a valores sociais e comportamentos socialmente responsáveis e, por último, a consolidação de um papel social adulto, i.e., o adolescente envolve-se em tarefas e empenha-se em escolhas pessoais que visam a adopção autónoma de um papel social adulto, atingindo a segurança e a independência económica.

É nesta fase da vida do ser humano, que se caracteriza por todas estas transformações que têm sido mencionadas, que surge o início da actividade sexual, cuja precocidade poderá acarretar sérios problemas (Leite et al., 1996).

2. Sexualidade

Pode-se considerar que o conceito formado acerca da sexualidade tem evoluído ao longo do tempo, pois em épocas como no Renascimento, a sexualidade era encarada de forma natural, como uma expressão da natureza humana, já na Idade Média a sexualidade era vista como algo de negativo e prejudicial para quem o praticasse. Hoje em dia, a abordagem é mais liberal, tendo contribuído para isso a investigação científica sobre o tema, a difusão de informação para o grande público, bem como a luta pelos direitos de grupos discriminados por motivos de índole sexual (e.g. homossexuais, transexuais) (Nodin, 2002).

A sexualidade é vista como um percurso que varia de indivíduo para indivíduo, pois tem a influência de vários factores sócio-culturais e das particularidades individuais do desenvolvimento físico e psico-afectivo que o caracterizam (Bastos, 2003).

De facto, a sexualidade está presente em todos os aspectos da nossa vida e faz parte da nossa essência. É um processo que não é estanque, ou seja, vai mudando com o percurso da nossa vida, embora, por vezes, leva a maiores conflitos. (Vilar, 2003a).

A sexualidade está fortemente ligada aos aspectos biológicos do funcionamento humano, ou seja, ao aparelho reprodutor masculino e feminino. É, também, importante ter em conta, que a sexualidade está relacionada com a vida emocional e afectiva do indivíduo e, que está dependente de factores sociais e culturais que caracterizam a sociedade, vindo influenciar o tipo de interacção que se estabelece com o outro (Nodin, 2002).

Na infância, a sexualidade é deserotizada, mas com o tempo vai sofrendo alterações que estão relacionadas com factores hormonais, familiares e culturais, que estão inerentes à sociedade (Fonseca, 2002). Nas diferentes sociedades e culturas são ensinadas actividades específicas, papéis sexuais, através de diferentes tipos de educação, que vêm a diferenciar a conduta masculina e feminina (Bastos, 2003).

Concordando com a autora, Lopez e Fuertes (1999) defendem que existe uma regulação de comportamentos sexuais nas sociedades, podendo a actividade sexual na adolescência ser fomentada ou inibida de acordo com a cultura existente. Em Portugal, a situação é um pouco ambígua, ora se por um lado o adolescente é exposto a uma sobreestimulação sexual através de revistas, filmes, televisão; por outro, existem determinados factores que apesar de não apresentarem uma proibição absoluta, não permitem que o adolescente tenha certos tipos de comportamentos sexuais.

É impossível impedir que a sexualidade se manifeste no nosso corpo, pois somos biologicamente sexuados e todo o nosso corpo é sexuado nas suas estruturas e funções.

Verifica-se que a sexualidade está implicada, não apenas em relações de procriação, mas também como fonte de prazer e comunicação, onde permite estabelecer laços, dar e receber afectos, sendo experienciado a nível físico e psicológico. Factores como as hormonas sexuais, a idade, a imagem corporal e o estado físico em geral, influenciam os desejos e condutas sexuais de um indivíduo. (Bastos, 2003).

Com o aparecimento da SIDA nos anos 80, as preocupações das instituições e dos profissionais de saúde com a Educação Sexual aumentaram, levando a OMS a integrar o conceito de “saúde sexual”, clarificando o conceito de sexualidade humana como “a sexualidade é uma energia que nos motiva para encontrar amor, contacto, ternura e intimidade; ela integra-se no modo como nos sentimos, movemos, tocamos e somos tocados; é ser-se sensual e ao mesmo tempo ser-se sexual. A sexualidade influencia pensamentos, acções e interacções e, por isso, influencia a nossa saúde física e mental” (Alves & Carvalho, 2007; Frade e tal., 2001; Vaz, 1996).

A sexualidade, para Bastos (2003), é vista como uma componente fundamental da personalidade, da maneira de ser, de se manifestar, de comunicar com os outros, de sentir, de expressar e de viver o amor humano, sendo integrada no desenvolvimento da personalidade e da identidade do ser humano. Contudo, considera ser difícil fazer uma única definição, pois a mulher e o homem são seres sexuados e a sexualidade mediatiza todo o seu ser e estar.

A sexualidade tem provavelmente tantas definições como quantas as vezes que alguém procurou debruçar-se sobre a questão (Nodin, 2002). Contudo, para Cravo-Saúde e Almeida (2001), o conceito de sexualidade depende da condição afectiva e social do indivíduo, do seu modo de pensar, sentir, agir e reagir perante as coisas e acontecimentos da vida.

Uma vez que o conceito de sexualidade é bastante amplo, de seguida centrámo-nos em temas mais concretos que estão fortemente relacionados com a sexualidade, assim como o surgimento da curiosidade sexual no ser humano.

2.1. A curiosidade sexual

É na relação mãe-bébé que surge a primeira relação amorosa, sendo considerado o primórdio da construção da sexualidade. É na infância que se constrói essa memória afectivo-relacional que, posteriormente, irá integrar noutras funções. Assim, é necessário perceber o desenvolvimento psicológico na infância para podermos perceber o que se passa na adolescência (Fonseca, 2002).

Contudo, para Lamas e Frade (1995) é desde da infância que as crianças dirigem a sua afectividade a amigos da mesma idade ou a adultos, que são considerados bastante importantes (e.g., professor), mas é na adolescência que surge uma forte necessidade de estabelecer com outra pessoa uma relação afectiva especial.

Surge, então, o namoro na adolescência que é vivido de forma calorosa e intensa, apesar de, na maioria dos casos, ser de curta duração (Bastos, 2003). A vivência intensa do presente é uma das características destas idades e apesar destas relações afectivas durarem apenas meses, semanas ou dias caracterizam-se pelo desencadeamento de grandes paixões e pela sensação de uma forte atracção pelo sexo oposto, onde o adolescente assume um aspecto provocador, chamativo, no entanto estas manifestações estão muitas vezes ligadas a uma certa timidez de realização (Leite et al., 1996).

Assim, estes namoros que surgem na adolescência têm um papel importante no desenvolvimento afectivo do adolescente, reforçando a sua identidade sexual, a autoconfiança e o auto-conceito, devido ao facto de se sentirem amados (Bastos, 2003).

No entanto, quando se fala dos namoros na adolescência é importante ter em conta que esta é uma fase de experimentação sexual, quer com pessoas do sexo oposto, quer com pessoas do mesmo sexo ou de ambos os sexos. Por isso, achou-se importante apresentar seguidamente um subtema sobre as práticas sexuais na adolescência.

2.2. Práticas sexuais na adolescência

É corrente, que na adolescência, estas relações afectivas que se estabelecem possam ser com pessoas do mesmo sexo ou do sexo oposto, tendo como objectivo o conhecimento das reacções do seu corpo face a um corpo igual ou a um corpo diferente do seu (Lamas & Frade, 1995). A segunda fase da adolescência, definida por Fonseca (2002) já referido, a autora também a caracteriza pelas diferentes experimentações hetero, homo e bissexuais, pois são diferentes maneiras de expressar a sexualidade. Esta experimentação é importante, na medida em que ajuda o adolescente a definir e/ou escolher a sua orientação sexual.

Por orientação sexual entende-se, o tipo de objectos pelos quais o individuo se sente sexualmente atraído e em relação aos quais orientará o seu desejo sexual. De um modo geral, as pessoas heterossexuais sentem-se sexualmente atraídas por pessoas do sexo oposto, as homossexuais dirigem o seu interesse sexual para pessoas do mesmo sexo e, as bissexuais interessam-se sexualmente por pessoas de ambos os sexos (Lopez & Fuertes, 1999).

Verificou-se, num estudo desenvolvido por Tique (2008), que a maior parte dos adolescentes inquiridos manifestam preferências por relações heterossexuais (95,4%), 2,5% por relações por ambos os sexos e 1,3% orientação homossexual.

É também, nesta altura que surge a curiosidade pela experimentação sexual, que se caracteriza por uma série de comportamentos, que por sua vez, são acompanhados de grandes expectativas e por uma sensação de desafio, comuns a todas as coisas que não foram ainda vivenciadas e muito desejadas. É por estas razões, que se cria a dificuldade de utilização de formas de contracepção seguras e no conjunto total destes acontecimentos, vão-se consolidando os sentimentos, as atitudes e os valores pessoais face à sexualidade, influenciando os seus comportamentos sexuais e as formas de relacionamento (Bastos, 2003).

2.3. As relações sexuais e a contracepção

Sabendo que os adolescentes têm relações sexuais cada vez mais cedo, e que fazem um uso inconsistente de métodos contraceptivos, isso faz com que haja riscos maiores na sexualidade vivida pelos adolescentes. A gravidez indesejada ou não planeada e as doenças sexualmente transmissíveis são problemas que podem surgir de um comportamento sexual de risco, ou seja, relação sexual sem qualquer uso de métodos contraceptivos (Lopez & Fuertes, 1999).

Um estudo desenvolvido com alunos do secundário demonstra que os rapazes tendem a iniciar as relações mais cedo que as raparigas, a ter mais relacionamentos e um maior numero de parceiros sexuais quando comparados com raparigas (Gouveia & Leal, 2010).

Um estudo efectuado pela Global Sex Survey em 2005 denota que em 34% dos casos, os adolescentes não tem conhecimento da história sexual prévia do parceiro. É de notar, que são os jovens do sexo masculino, que na adolescência e início da idade adulta parecem ser mais vulneráveis a comportamentos sexuais de risco (Matos & Sampaio, 2009).

Assim, a utilização de métodos contraceptivos é uma questão bastante importante, uma vez que tem como objectivo a prevenção de variadas doenças associadas à saúde sexual e reprodutiva. É, também, através da sua utilização que se podem prevenir situações de gravidezes não desejadas e não planeadas e desta forma, impedir que aconteça o aborto (Tique, 2008).

Um estudo desenvolvido em 2007, por Reis e Matos, mostrou que a maioria dos jovens universitários têm pouco conhecimento acerca dos métodos contraceptivos, mas revelaram uma forte atitude preventiva face a uma gravidez indesejada. Ainda, neste estudo

verificou-se diferenças de género, onde as raparigas apresentaram uma preocupação preventiva face à contracepção.

Deste modo, é importante referir que existem vários e diferentes métodos contraceptivos que se destinam a evitar a gravidez e as infecções sexualmente transmissíveis.

A Associação para o Planeamento da Família defende que o “sucesso da contracepção depende de uma decisão voluntária e esclarecida sobre a segurança, eficácia, custos, efeitos secundários e reversibilidade dos métodos disponíveis”(http://www.apf.pt).

Num estudo desenvolvido em 2008, que questionava qual a contracepção utilizada na primeira relação sexual, os adolescentes, salientaram na sua maioria o preservativo (48%), e o preservativo conjuntamente com a pílula (22,5%). Assim, de entre os métodos contraceptivos mais utilizados pelos adolescentes destacam-se o preservativo e a pílula.

A pílula foi aprovada nos EUA em Maio de 1960. Sendo considerada uma das grandes invenções médicas do século, a generalização feita do uso da pílula, deu à mulher a possibilidade de fazer escolhas livres no seu Planeamento Familiar (http://www.apf.pt).

Na Declaração de Teerão – Conferência Internacional das Nações Unidas de 1969, o planeamento familiar foi considerado, pela primeira vez, direito fundamental. Sete anos mais tarde, foram criadas as primeiras consultas de planeamento familiar em Portugal em 1976 (Moita, 1995).

A pílula é um método contraceptivo, que através da acção hormonal, inibe a ovulação, o que consequentemente, evita uma gravidez. O preservativo, pode ser masculino ou feminino, e tem como objectivo evitar o contacto do esperma com a vagina e, quando utilizado correctamente, pode evitar uma gravidez e diminuir o risco de infecções sexualmente transmissíveis (http://www.apf.pt).

Num estudo promovido pelo Observatório Nacional de Saúde (http://www.onsa.pt) realizado em 2004 sobre a utilização de contracepção de emergência, demonstrou-se que numa amostra de 1075 mulheres, 64%, dirigia-se uma vez por ano a uma consulta de ginecologista, ou planeamento familiar, e 72% usavam sempre algum método aquando tem relações sexuais. Nesta amostra, o preservativo já era o método mais comum entre as mulheres (60%), seguido da pílula.

Noutro estudo de 2005, feito pela Sociedade Portuguesa de Ginecologia (Silva et al, 2005), que tinha como objectivo principal perceber as práticas contraceptivas das mulheres portuguesas, com idades compreendidas entre os 15 e 49, verificou que a maioria das mulheres conhecia a pílula e preservativo, sendo o método menos conhecido o implante subcutâneo. Das inquiridas, 81,9% admitiam estar a fazer contracepção e os métodos mais

utilizados eram a pílula (62%), o preservativo vinha imediatamente a seguir (14,4%) e, em último lugar, o anel vaginal (0,1%).

É sabido, que não é devido ao desconhecimento dos métodos contraceptivos, que surge a justificação para uma taxa de gravidez na adolescência em Portugal. Juntamente à educação feita pelos meios de comunicação social, é urgente apostar numa intervenção que ajude os jovens (Fonseca, 2002).

A modificação e o aumento das manifestações sexuais, faz com que o adolescente busque informações mais pormenorizadas junto de amigos, revistas, filmes e internet. A sexualidade e a educação sexual estão fortemente ligadas, pois têm em comum uma visão sobre o corpo e o conforto em relação a ele, a imagem corporal, os afectos, a identidade sexual, as expressões da sexualidade, a reprodução e a promoção da saúde sexual e reprodutiva. Assim, a família e a escola assumem um papel educativo conjunto, na dimensão ética, afectiva e formativa da sexualidade (Bastos, 2003).

3. Educação Sexual

A sexualidade está sujeita a um processo de aprendizagem que se desenrola ao longo da vida de um indivíduo, podendo-se definir a educação sexual como transmissão de todas as formas de valores e informações sobre sexualidade, nas suas variadas dimensões (Nodin, 2002).

A educação sexual é uma necessidade e uma urgência, quer na infância, adolescência e idade adulta, pois se um adulto não se sente confortável com o seu corpo sexuado, não se sente à vontade com este tipo de temáticas.

Quando falamos de educação sexual na escola, é importante ter em conta, que podem coexistir adolescentes na mesma fase etária, mas em diferentes graus de desenvolvimento. Para além das transformações a nível físico e psicológico que já foram anteriormente mencionadas, as mudanças ao nível psicossocial têm um forte contributo para a construção da uma identidade adulta, que pressupõe a criação de sistemas de atitudes, valores e sentimentos mais estáveis. É a partir das primeiras experiências amorosas, de interações mais íntimas, que surge um conjunto de valores e atitudes face à sexualidade, face ao amor, aos papéis masculino e feminino (Marques, 2000), que por sua vez, são assuntos que devem ser trabalhados o melhor possível, pois existem muitas ideias pré-concebidas do que “deve ser” a vida sexual.

Como forma de ajuda ao adolescente, a educação da sexualidade deve permitir: diminuir a ignorância acerca de tudo o que tenha a ver com sexualidade; saber fazer a distinção entre sexualidade e genitalidade; melhorar as suas capacidades relacionais, consigo mesmo e com o Outro; construção de projectos de vida sérios e responsáveis que levem a comportamentos sexuais saudáveis, que lhe permitam uma melhor socialização; redução da ansiedade que vem da ignorância; consciencializar-se de que o início das relações sexuais, exigem maturidade física, psíquica e afectiva; aprender a distinguir relações afectivas de qualidade de relações de exploração e utilização do outro e, por último, promover a igualdade de direitos e oportunidades entre os sexos e uma vivência mais gratificante e mais informada da sexualidade (Bastos, 2003).

A educação sexual nas escolas pode ter vários significados e seguramente vários objectivos. Estes passam pela transmissão dos conceitos, pelo desenvolvimento de competências para a tomada de decisões na área da saúde sexual e reprodutiva, pela oportunidade de formar jovens e pela ajuda aos pais que temem pelos riscos dos filhos, respeitando sempre as diversas culturas e valores (Alves, 2001)

3.1. A Educação Sexual, a escola e a família

Existem, como se sabe, muitos argumentos contra a implementação da educação sexual nas escolas. Uns defendem que a educação sexual é uma forma de manipular e moralizar os jovens; outros pensam que não é necessário realizar este tipo de intervenção porque os jovens vão adquirindo os seus conhecimentos pela vida quotidiana e vão aprendendo naturalmente (Vilar, 2003a).

Tal não poderá ser verdadeiro, porque a sexualidade é sempre altamente influenciada a nível social, e, muitas vezes, as informações que passam são desadequadas. Para outros, falar de sexualidade pode ser um incentivo a comportamentos sexuais precoces, ou induzir maior número de parceiros sexuais. Todavia, a investigação não confirma estas hipóteses (Kirby, 2002, cit. por Nodin, 2005). Os estudos mostram que a distribuição de preservativos nas escolas levou apenas ao aumento de relações sexuais protegidas entre os alunos já sexualmente activos (Fortenberry, 2002, cit por Nodin, 2005). Outro argumento apresentado é que o papel de educação sexual tem que ser feito pela família. Aqui, importa considerar que muitas famílias são conservadoras e pouco abertas à discussão e ao debate destas questões, o que limita eventuais efeitos positivos desta aproximação. Mas a escola pode fazer esta ponte de comunicação entre a família e os jovens (Marques, 2000).

Contudo, é importante distinguir dois tipos de educação sexual, que segundo Nodin (2002), as pessoas estão sujeitas ao longo da vida: a educação sexual informal, que é efectuada de uma forma não intencional e não qual os pais têm um papel bastante importante e, a educação sexual intencional, que ocorre em contexto escolar e que deve ser integrada nos currículos escolares de uma maneira transversal aos mesmos (abordar temas da sexualidade sempre que for oportuno) ou de uma forma paralela, ou seja, através de sessões de esclarecimento, exposições, debates.

Considera-se que as escolas, quer a de ensino básico, quer a de ensino secundário, são um lugar privilegiado, onde podem ser adquiridos os conhecimentos e as competências pessoais e sociais sobre sexualidade (Silva, 2004). Para isso, é necessário que os professores expandam o campos de competências e de intervenção e que os técnicos de saúde tenham um papel mais activo e consequentemente mais presente, para que sejam criadas condições para uma maior implicação das famílias na educação e relação com a escola (Matos & Sampaio, 2009).

Também, é importante não esquecer que é na escola que o adolescente passa a maior parte do seu dia, e daí ser considerado como um espaço de aprendizagens da vida que irão ficar marcadas na vida do adolescente, quer positiva ou negativamente. Assim, um dos deveres da Escola deverá ser proporcionar felicidade, realização pessoal, satisfação, dignidade, onde a educação sexual tem um papel fundamental nestas dimensões. Uma vez que não existe educação sexual sem a educação para os valores e para a afectividade, esta beneficiará a construção de valores morais e éticos pessoais, interligados com a forma como os jovens vivem a sua sexualidade no seu dia-a-dia (Bastos, 2003).

É notório, que quanto mais cedo se iniciar a educação sexual intencional, melhor as crianças aprenderão a tornar-se sensíveis às suas necessidades bem como às dos outros, apreciar e respeitar as diferenças inter-individuais e a tomar consciência das semelhanças. Assim, ajudar-se-á as crianças e jovens a aumentarem as suas capacidades de decisão e auto-estima, ao nível sexual. Todavia, a educação sexual deverá ser adequada ao grau de desenvolvimento e às necessidades dos indivíduos. (Nodin, 2002).

Segundo Bastos (2003), quanto mais informados e formados os jovens estiverem na área da educação sexual, mais tarde será o início da vida sexual activa, melhor controlada a ansiedade e mais elaboradas as escolhas, o que contrapõe a ideia de que a educação sexual é sinónimo de experimentações precoces. A educação sexual não induz à prática sexual, mas sim à facilidade de acesso a uma vivência que é inevitável e que deve acontecer num contexto de responsabilidade e dignidade (Cravo-Saúde & Almeida, 2001).

Assim, como lembra Zapian (2003), o objectivo primordial da educação sexual é fazer com que os jovens disponham de recursos necessários para gerir as suas necessidades afectivas e sexuais, de modo a que o início das suas experiências seja satisfatório e sem riscos.

3.2. Objectivos da Educação Sexual em Portugal

A educação sexual tem como objectivo formar, desenvolver atitudes e competências nos jovens, permitindo que estes se sintam informados e seguros nas suas escolhas (<http://www.min-edu.pt>). Apesar de os jovens terem facilidade em obter informação através de diferentes meios de comunicação, isso não faz com que as suas escolhas sejam as mais correctas, por isso a educação sexual poderá fornecer uma ajuda na triagem desta informação, contribuindo para que seja melhor utilizada (Piscalho, Serafim & Leal, 2000).

Marques (2000), defende que o grande objectivo passa por contribuir de uma forma que haja uma vivência mais informada, mais gratificante, mais autónoma e mais responsável da sexualidade.

Para Nodin (2002), a educação sexual está implicada num processo de socialização, a que todos os indivíduos estão sujeitos (e.g. meios de comunicação social), e onde, por vezes, as mensagens transmitidas são contraditórias acerca do comportamento masculino e feminino em termos sexuais e sociais. O aparecimento de problemas sociais e de saúde, como a gravidez na adolescência ou o aparecimento da sida, são problemas que contribuíram para a implementação da educação sexual nas escolas.

Em Portugal, a implementação da educação sexual nas escolas foi alvo de grande debate (Matos et al., 2009). De 1995 a 1998, foi criado um projecto “Educação Sexual e Promoção da Saúde nas Escolas- Um Projecto Experimental” pelo Programa de Promoção e Educação para a Saúde e a Associação para o Planeamento da Família com o objectivo de integrar gradualmente projectos e actividades de Educação Sexual nos vários níveis de ensino das escolas portuguesas (Marques et al., 1999).

No ano de 2005 foi criado o Grupo de Trabalho para a Educação Sexual (GTES) / Educação para a Saúde em Meio Escolar, onde passaria a ser obrigatória a Educação Sexual nas escolas do ensino básico, integrada numa das três áreas curriculares não disciplinares existentes (e.g., Área de Projecto, Formação Cívica ou Estudo Acompanhado). Nas escolas do ensino secundário, seriam criados gabinetes de atendimento e apoio aos alunos, em parceria com os centros de saúde, contando com pessoal especializado (www.min-edu.pt).

Em 2009, é publicado no “Diário da República” a 6 de Agosto, o estabelecimento do regime de aplicação da educação sexual, com um mínimo de doze horas quer para o 3º ciclo, quer para o secundário, e um mínimo de 6 horas para o 1º e 2º ciclos do ensino básico. São apresentadas como finalidades da educação sexual: a valorização da sexualidade e afectividade entre as pessoas no desenvolvimento individual; respeitando o pluralismo das concepções já existentes na sociedade portuguesa; a melhoria dos relacionamentos afectivo-sexuais dos jovens; a redução de consequências negativas dos comportamentos sexuais de risco; o respeito pelas pessoas e pelas diferentes orientações sexuais; a promoção da igualdade pelos sexos; a compreensão científica do funcionamento dos mecanismos biológicos reprodutivos e, a eliminação de comportamentos que se baseiam na discriminação sexual ou na violência em função do sexo ou da orientação sexual.

Não podemos esquecer que, a importância da educação sexual não é só na escola, mas também o forte contributo que a educação sexual informal pode ter e pela qual todos nós somos responsáveis (Nodin, 2002).

A educação sexual deve ser dada atempadamente, de forma concreta e responsabilizadora de comportamentos e atitudes, através de uma visão positiva e optimista da realidade sexual (Bastos, 2003). A partilha de informação adequada sobre sexualidade pode contribuir para que os adolescentes façam escolhas mais seguras em relação ao seu comportamento sexual (Matos et al., 2003).

4. Atitudes e Comportamentos de risco

O conceito de atitude surge no final do século XIX, na psicologia experimental, no entanto, foi adoptado rapidamente pela psicologia social. Este conceito apresenta-se como um dos mais antigos e mais estudados no âmbito da psicologia social, concebendo-lhe a sua identidade (Parot & Doron, 2001).

Muitas crenças sociais são acompanhadas de fortes sentimentos. Quando é feita uma interpretação de determinada situação, por várias pessoas, esta interpretação é muitas vezes diferente de pessoa para pessoa, devido às atitudes que estas apresentam perante a situação. A definição de atitude inclui uma componente de acção consequente com as crenças, sentimentos e avaliações que estão subjacentes. As atitudes predizem, frequentemente, o comportamento (Gleitman, Fridlund & Reisberg, 2003).

Para Lopez e Fuertes (1999), as atitudes vão-se formando ao longo da vida, sendo resultado de experiências e comportamentos aprendidos com os outros. É importante, apesar de estarem interligados, fazer a distinção entre atitudes, opiniões e sentimentos. As opiniões são ideias ou crenças referentes a questões discutíveis ou a aspectos sobre os quais os indivíduos não têm informação científica. Por sua vez, estas são acompanhadas de sentimentos, que se apresentam sob reacções fisiológicas, que se manifestam de uma forma interna ou externa. As atitudes são, ainda, consideradas como uma disposição para se comportar de uma forma determinada, o que faz com que o conceito de atitudes contenha três componentes interligadas: cognitiva, afectiva e comportamental, onde se reforçam mutuamente, formando uma estrutura estável.

É importante não esquecer, que o mundo social é um mundo em constante mudança e, como tal as atitudes também mudam (Bastos, 2003).

Um estudo efectuado sobre a percepção dos adolescentes acerca da influência dos pais e pares nos seus comportamentos sexuais em 2007, salientou que os jovens sugerem que a influência parental nos comportamentos sexuais dos filhos depende muito da relação que os pais estabelecem com os seus filhos (Dias, Matos & Gonçalves, 2007).

Conner e Norman (1996) defendem a existência de factores demográficos, sociais, emocionais, de percepção de sintomas ou acesso aos serviços de saúde condicionam, de certa forma, a predisposição para aderir ou desenvolver comportamentos para a saúde, ou seja, variáveis como a informação, a potencial eficácia dos comportamentos, as características da

rede social, o controlo sobre o desempenho do comportamento e as atitudes, são condicionantes de comportamentos no âmbito da saúde.

Segundo Ribeiro e Fernandes (2009), existem determinados comportamentos sexuais que podem ser considerados de risco, tais como: a existência de múltiplos parceiros sexuais; parceiros sexuais com um histórico sexual desconhecido; parceiros bissexuais ou homossexuais; relações sexuais sem qualquer tipo de protecção; e, o consumo de substâncias que alterem o estado do indivíduo, numa situação em que possa ocorrer uma relação sexual.

No entanto, na área da sexualidade é importante ter em conta comportamentos ou situações nos quais os indivíduos se encontram envolvidos e que podem afectar o seu bem-estar (Correia, 2005).

A valorização, positiva ou negativa, que um adolescente atribui a um objecto ou situação, faz com que se tenha em conta a sua percepção de vulnerabilidade, face à ocorrência de algo considerado negativo para a saúde, como seja contrair uma infecção sexualmente transmissível (Nodin, 2001).

Contudo, apesar de muitas vezes se considerar que correr riscos implica uma decisão voluntária, o que acontece muitas vezes é que os indivíduos envolvem-se em situações de risco, embora esta acção seja voluntária, onde há um desconhecimento ou subestimação do risco envolvido (Correia, 2005).

Muitas das vezes o conhecimento acerca de determinado tema, faz com que tenhamos atitudes mais positivas ou negativas face a este e consequentemente isso vai influenciar o nosso comportamento na ocorrência de uma certa situação. Tal como na sexualidade é importante que os adolescentes estejam informados sobre os seus riscos, de modo a evitarem comportamentos que ponham em causa a sua saúde física e psicológica. Assim, a educação sexual, que cada vez é mais investida no nosso país, foi considerada um tema importante a ser desenvolvido neste estudo, pois de certo modo, é uma das bases subjacentes à sexualidade.

Porque conforme salientamos, a sexualidade na adolescência é vivida de forma calorosa e intensa, onde os rapazes tendem a iniciar as relações sexuais mais cedo que as raparigas, e em muitos casos não conhecem a história sexual prévia do parceiro, isto faz com que os adolescentes sejam considerados como um grupo vulnerável no ramo da saúde sexual e reprodutiva (Bastos, 2003; Gouveia & Leal, 2010; Ribeiro & Fernandes, 2009; FNUAP, 2005; Matos e Equipa do Projecto Aventura Social & Saúde, 2003) e ainda, uma vez que a educação sexual está a ser investida cada vez mais nas escolas do nosso país, onde o grande objectivo deve ser contribuir para que haja uma vivência mais informada, gratificante e responsável da sexualidade (Marques, 2000) achou-se pertinente desenvolver uma

investigação sobre a sexualidade na adolescência, avaliando os conhecimentos e atitudes dos adolescentes face aos métodos contraceptivos, tendo em conta variáveis como, a idade da primeira relação sexual, a utilização de métodos contraceptivos aquando da ocorrência de relações sexuais, a existência de parceiros sexuais fixos na adolescência e o tipo de práticas sexuais com pessoas do sexo oposto, mesmo sexo ou ambos os sexos.

Assim, o principal objectivo do estudo é perceber se os conhecimentos e as atitudes que os adolescentes têm face aos métodos contraceptivos, faz com que evitem comportamentos sexuais de risco, optando pela utilização destes métodos, aquando da ocorrência de relações sexuais.

5. Método

5.1. Delineamento: O presente estudo é, essencialmente, descritivo, uma vez que existem variáveis a ter em conta, onde primeiramente é necessário serem descritivas de modo a se compreender o ponto de situação da saúde sexual e reprodutiva dos estudantes portugueses.

Considera-se também, comparativo, visto que se pretende comparar os resultados entre rapazes e raparigas quer nas respostas dos conhecimentos e nas atitudes sobre métodos contraceptivos, quer a nível da saúde sexual e reprodutiva por eles vivida. E por fim, correlacional uma vez que pretende verificar se existe relação entre o género dos alunos e o início da actividade sexual e, entre as atitudes face aos métodos contraceptivos e os alunos que já tiveram relações sexuais na sua vida.

5.2. Material: O Protocolo de Avaliação (Anexo B) é constituído por uma folha de rosto, onde é apresentado o consentimento informado. Segue-se o questionário de caracterização da amostra (QCA), com objectivo de recolher os dados sócio-demográficos que caracterizem a amostra.

O QCA caracteriza-se pelo seu efeito de selecção da amostra, ou seja, se os participantes nunca tivessem tido relações sexuais na sua vida, após esta questão, não deveriam responder mais, e passariam automaticamente para a Escala seguinte apresentada.

No entanto, os principais dados a serem recolhidos no QCA são: a idade, sexo, nacionalidade, ano escolar frequentado, “tens namorado(a)?”, “Na tua vida, já alguma vez tiveste relações sexuais?”, se sim, o aluno deveria responder ao resto das questões que o constituem, tais como, “Com que idade tiveste a 1ª relação sexual”, se utilizou algum método contraceptivo, se nos últimos 3 meses teve relações sexuais, se sim, se nessas relações utilizou algum método contraceptivo e qual, se têm um parceiro sexual fixo, como costumam ser habitualmente as praticas sexuais, onde tem obtido informação sobre Educação Sexual e, por ultimo, com quem se sentem mais à vontade para falar sobre métodos contraceptivos.

Algumas desta variáveis serão utilizadas para verificar se existe algum tipo de relação com os resultados das escalas apresentadas procedentes. Após o QCA são apresentadas duas escalas, uma relativa aos conhecimentos dos métodos contraceptivos (CKI; Delcampo & Delcampo, 1973; versão adaptada por Marta Reis, 2006) e uma relativa às atitudes sobre métodos contraceptivos e prevenção do risco (CAS; Kyes, 1987; versão adaptada por Marta Reis).

A primeira escala apresentada, Contraceptive Knowledge Inventory (CKI) (Delcampo & Delcampo, 1973; versão adaptada por Marta Reis, 2006) é de auto-avaliação, e é constituída por 9 itens que avaliam conhecimentos biológicos, modos de actuação e crenças face aos métodos contraceptivos. As características psicométricas da versão original revelaram um valor total de fidelidade de .86 e uma vez que os itens estão única e exclusivamente relacionados com o conhecimento sobre métodos contraceptivos foi assumida validade facial.

No que respeita à Escala de Atitudes Contraceptivas (CAS) é também, uma escala de auto-avaliação, constituída por 11 itens que avaliam as atitudes face ao parceiro e face a si próprio no uso de anti-concepcionais. Esta escala é tipo-Likert e a sua pontuação vai de 11 a 55, caracterizando atitudes preventivas altas ou atitudes preventivas baixas, consoante as afirmações. No que diz respeito às qualidades psicométricas da versão original, o teste reteste apresentou valores de .88.

5.3. Procedimento: Primeiramente, houve um contacto prévio com um dos membros pertencentes à direcção da escola, onde por questões formais, posteriormente, foi enviada uma carta (Anexo A), sob consentimento da orientadora do estudo, afim de ser concedida a autorização para a recolha da amostra na respectiva escola.

Após ser cedida a autorização pelo director da escola, a recolha foi feita em dias diferentes, devido à incompatibilidade de horários do investigador, uma vez que a escola situa-se no Algarve.

O protocolo de avaliação (Anexo B) utilizado no estudo foi aplicado a turmas do 10º e 12º ano da Escola Secundaria Júlio Dantas em Lagos. Todos os protocolos de avaliação foram aplicados em contexto de sala de aula, onde foi inicialmente, explicado aos estudantes o objectivo do estudo e, de seguida solicitada a sua participação voluntária para o preenchimento do protocolo. Foi salientado, para além da folha de rosto (consentimento informado) presente no protocolo, o anonimato e a respectiva confidencialidade dos dados que viriam a ser indicados nas respostas.

5.4. Participantes: A amostra deste estudo foi recolhida através do método de conveniência e é constituída por alunos do 10º e 12º ano, do sexo masculino e feminino. O número total de participantes é de 222 sujeitos e as idades variam entre os 15 e os 21 anos. No que respeita à

nacionalidade, a maioria dos alunos são de nacionalidade portuguesa (82%), variando os restantes dos participantes entre várias nacionalidades.

Assim, no 10º ano, o total de alunos é de 161, sendo 57 do sexo masculino e 104 do sexo feminino, obtendo-se uma média de idades de 16,4 anos. Relativamente ao 12º ano, foram aplicados 61 questionários, onde 27 foram a rapazes e 34 a raparigas, com uma média de idade de 18 anos. Estes números devem-se às diferenças de género existentes entre turmas, havendo na sua grande maioria, por turma, um maior número de raparigas.

Deste modo, obteve-se um total de 138 raparigas e 84 rapazes, de ambos os anos escolares, com uma média de 16,8 anos de idade.

É importante salientar, que todos os alunos que participaram no estudo, ao longo deste ano lectivo 2009/2010 ainda não tinham tido aulas de Educação Sexual. Esta medida estava prevista para o 3º período de aulas e a aplicação dos protocolos de avaliação decorreu no 2º período.

6. Resultados

A análise de resultados tem como objectivo apresentar os resultados obtidos através da análise do protocolo de avaliação aplicado aos participantes. A análise será feita, diferenciando os resultados dos rapazes, dos resultados das raparigas, uma vez que o delineamento do estudo tem como vista ser comparativo.

Os primeiros resultados apresentados são os das variáveis do Questionário de Caracterização da Amostra. A média de idades obtida pelo número total da amostra, ou seja, dos 222 participantes, foi de 16,8 anos (Anexo C, Output 1).

Dos 222 alunos participantes, 138 são do sexo feminino e 84 do sexo masculino. A média de idades das participantes do sexo feminino é de 16,7 anos, enquanto que no sexo masculino é de 17 anos de idade (Anexo C, Output 2 e Output 3).

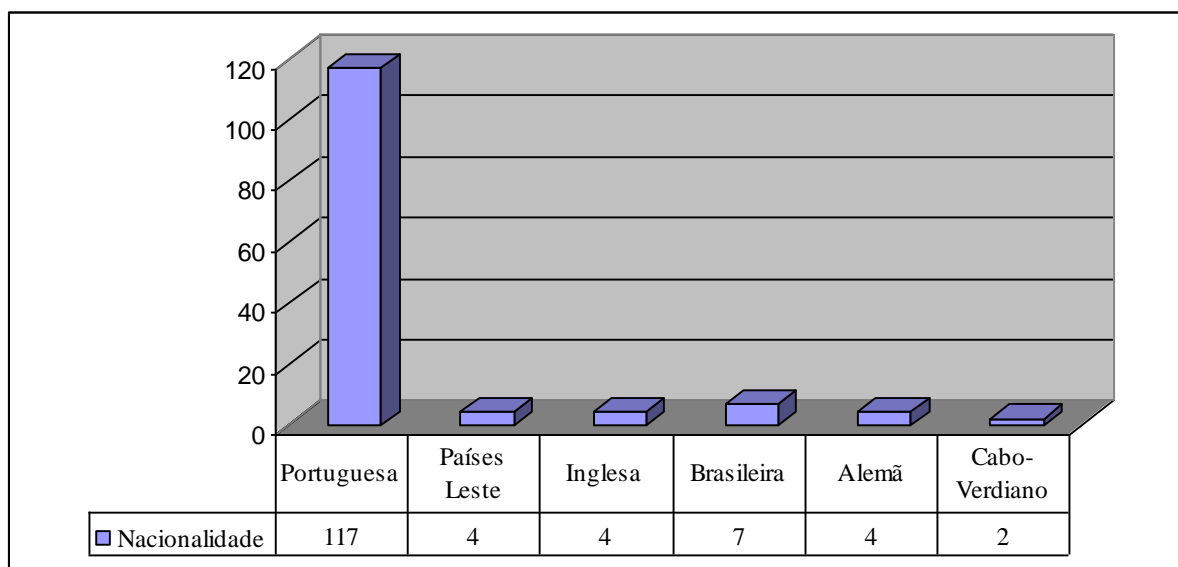


Gráfico 1- Distribuição amostral das nacionalidades dos sujeitos do sexo feminino

O Gráfico 1 apresenta-nos a distribuição dos sujeitos do sexo feminino, no que respeita à sua nacionalidade. Verifica-se que a maioria das raparigas inquiridas neste estudo são portuguesas, seguindo-se em maior número as de nacionalidade brasileira.

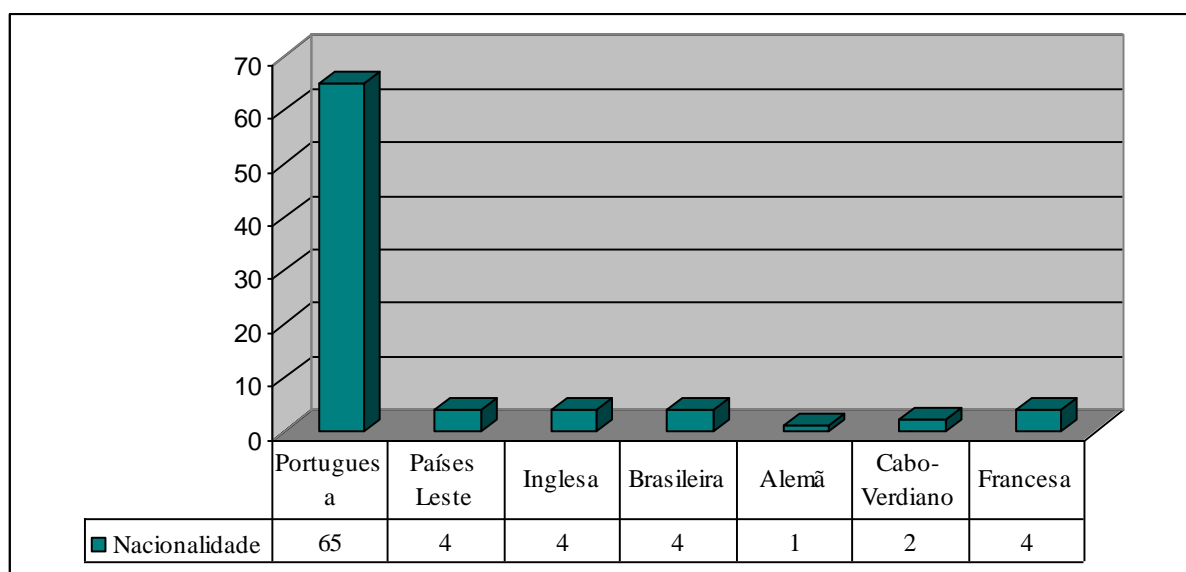


Gráfico 2- Distribuição amostral das nacionalidades dos sujeitos do sexo masculino

Quanto à nacionalidade nos estudantes do sexo masculino inquiridos, o Gráfico 2 demonstra que na sua maioria são portugueses e em relação ao sexo feminino, surgem quatro alunos de nacionalidade francesa.

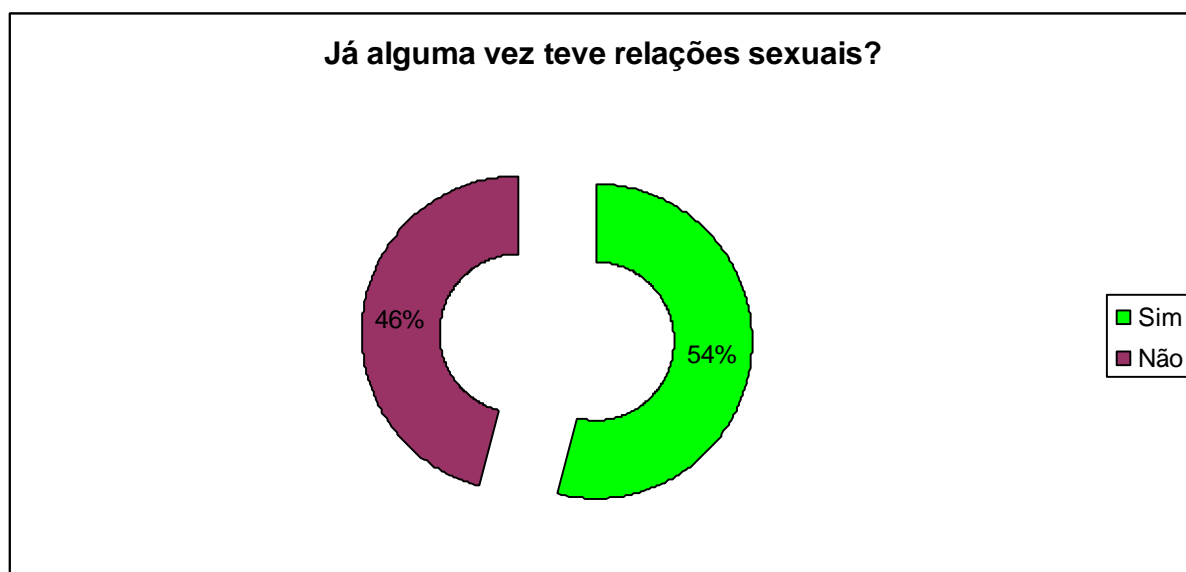


Gráfico 3 – Distribuição percentual do nº de raparigas que já iniciou a vida sexual

Do total de 138 raparigas inquiridas, 104 são do 10º ano e 34 do 12º ano e, no total, 50% das raparigas afirmaram ter namorado (Anexo C, Output 4), no momento de aplicação do protocolo de avaliação e onde, também, mais de metade, já iniciou a sua actividade sexual (53,6%) (Gráfico 3). Também, a maior parte das raparigas (90,5%) admitem ter utilizado

contracepção na primeira relação sexual (Anexo C, Output 5) e, a média de idades do início da actividade sexual nas raparigas é aos 15,28 anos. (Anexo C, Output 6).

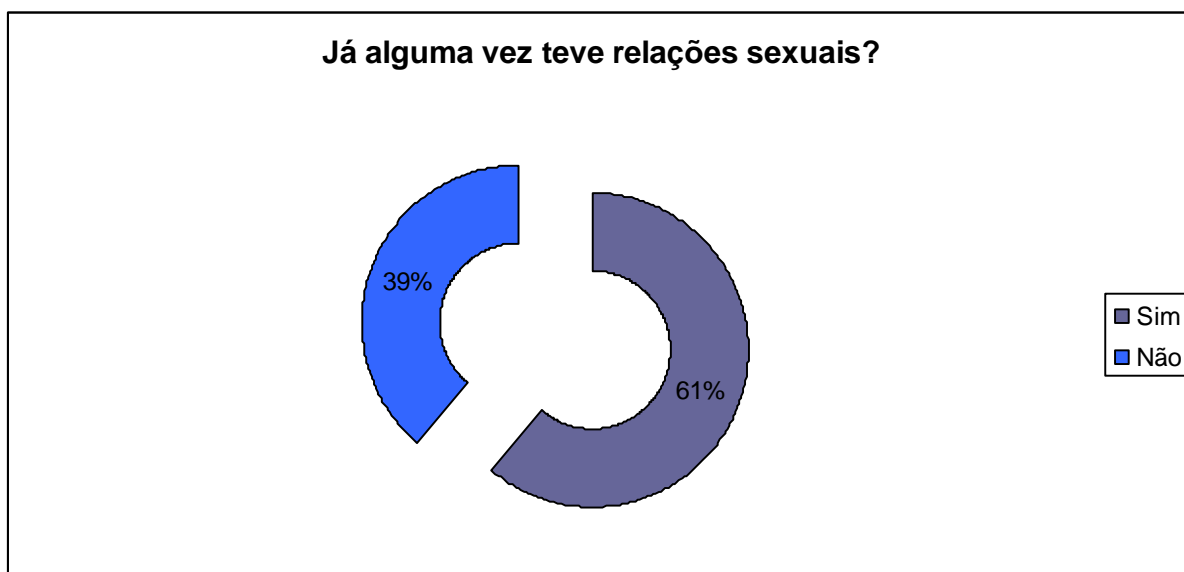


Gráfico 4 – Distribuição percentual do nº de rapazes que já iniciou a vida sexual

Dos 84 rapazes inquiridos, 57 são do 10º ano e 27 do 12º e, verifica-se (Anexo C, Output 7) que ao contrário das raparigas, mais de metade não tem namorada (63%). Relativamente ao início da sua vida sexual, através do Gráfico 4 denota-se que 61% salienta já ter tido a sua primeira relação sexual. A idade média desta primeira relação sexual, desce ligeiramente para 14,76 anos de idade, quando comparado com a idade média nas raparigas (Anexo C, Output 8). Com o objectivo de verificar se existe correlação significativa entre a primeira relação sexual e o género dos alunos, utilizou-se o teste Pearson, com $\alpha=0,05\%$ obteve-se um $\text{sig.}=0,153$, o que demonstra que não há associação entre as variáveis (Output 9 em anexo).

Segundo Bozon (2002), a aproximação de trajectórias e atitudes sexuais de homens e mulheres deve-se à existência de uma “sexualização” rápida das relações amorosas depois dos encontros.

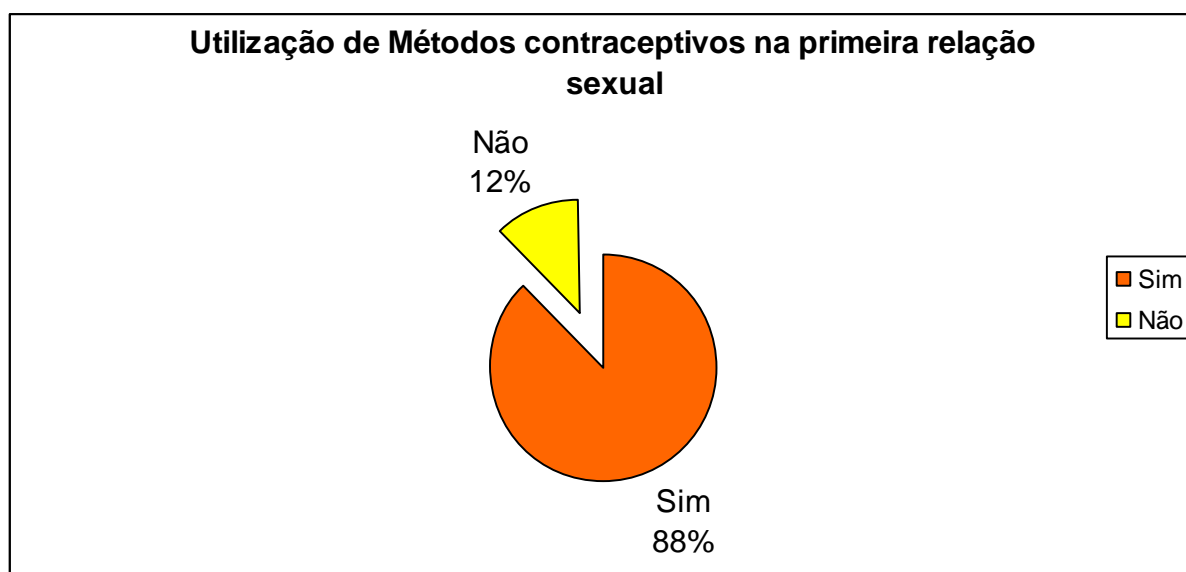


Gráfico 5 – Distribuição percentual dos rapazes que utilizaram Métodos Contraceptivos na primeira relação sexual

O Gráfico 5 refere-se à utilização de contracepção na primeira relação sexual relativamente aos rapazes. 88,2% dos rapazes admite ter utilizado algum método contraceptivo.

Quando questionadas acerca da existência de relações sexuais nos últimos 3 meses, 58 raparigas afirmam ter tido relações sexuais, onde 21% refere ter tido uma vez, 8,6% ter tido duas vezes, 5,2% três vezes e 65,5% refere mais de três vezes (Anexo C, Output 10). Acerca da utilização de algum método contraceptivo nessas relações, independentemente das vezes, 86% afirma ter utilizado sempre (Anexo C, Output 11).

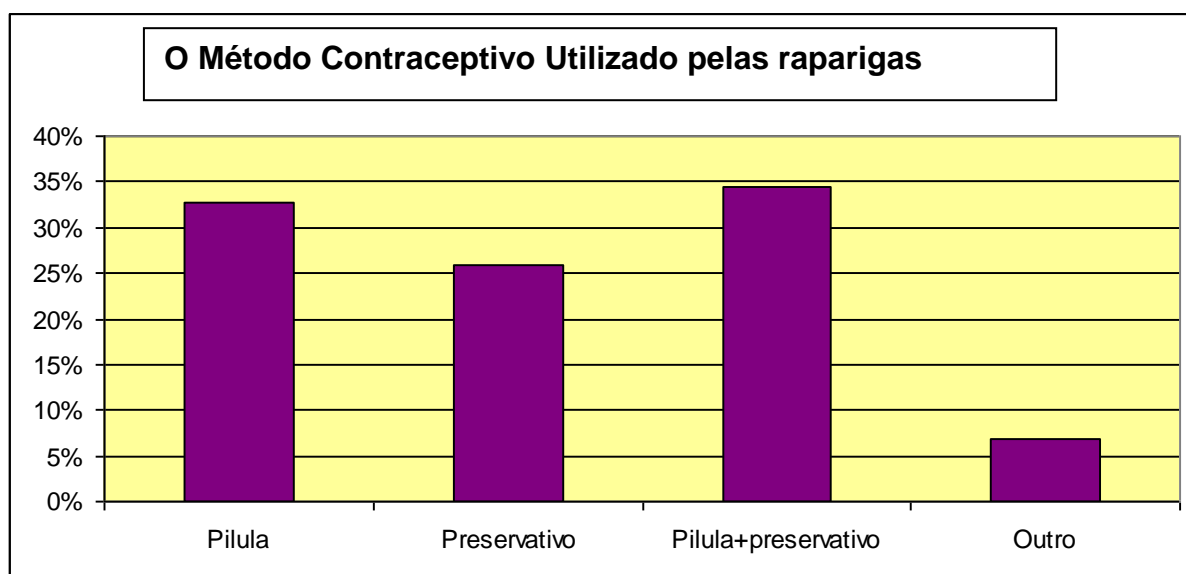


Gráfico 6- Métodos contraceptivos utilizados pelas raparigas nas relações sexuais nos últimos três meses

O Gráfico 6, ajuda a perceber, os métodos utilizados pelas raparigas nas últimas relações sexuais, em que se verifica que, a pílula ou a pílula juntamente com o preservativo, são os métodos mais escolhidos.

Dos 84 alunos do sexo masculino inquiridos, 45% referem não ter tido relações sexuais nos últimos três meses, enquanto que 27,5% diz ter tido mais de três vezes e 16% refere apenas uma vez (Anexo C, Output 12). No total de 28 sujeitos que admite ter tido relações sexuais nos últimos três meses, não tendo em conta as vezes, 75% admite ter utilizado sempre, um método contraceptivo (Anexo C, Output 13). Quando questionados acerca de “Qual o método contraceptivo usado?”, 80% dos rapazes menciona o preservativo (Anexo C, Output 14).

De modo a verificar, se existe correlação entre o uso de métodos contraceptivos na primeira relação sexual e nas relações sexuais dos últimos três meses, fez-se o teste Phi e, o que se obteve, ao nível do sexo masculino, foi um $\text{sig}=0,050$ que com $\alpha=0,05\%$, demonstra que existe correlação, no entanto, para uma maior precisão era importante aumentar a dimensão da amostra (Anexo C, Output 15). No sexo feminino, com $\alpha=0,05\%$, o resultado do teste Phi= $0,301$, o que demonstra que não existe uma correlação significativa entre a utilização de métodos contraceptivos na primeira relação sexual e a utilização destes métodos nas relações sexuais dos últimos três meses (Anexo C, Output 16).

Tabela 1 – Distribuição de frequências de respostas relativa à existência de um parceiro sexual fixo

Tem um parceiro sexual fixo?	Sim	Não	Total
Rapazes	22 (43%)	29 (57%)	51 (100%)
Raparigas	65 (88%)	9(12%)	74 (100%)

Quanto à existência de parceiros sexuais fixos, a Tabela 1 acima mostra-nos que mais de metade dos rapazes que já tiveram relações sexuais na sua vida, menciona não ter um parceiro sexual fixo (57%), enquanto que as raparigas, contrariamente, na sua maioria admitem ter um parceiro sexual fixo (88%).

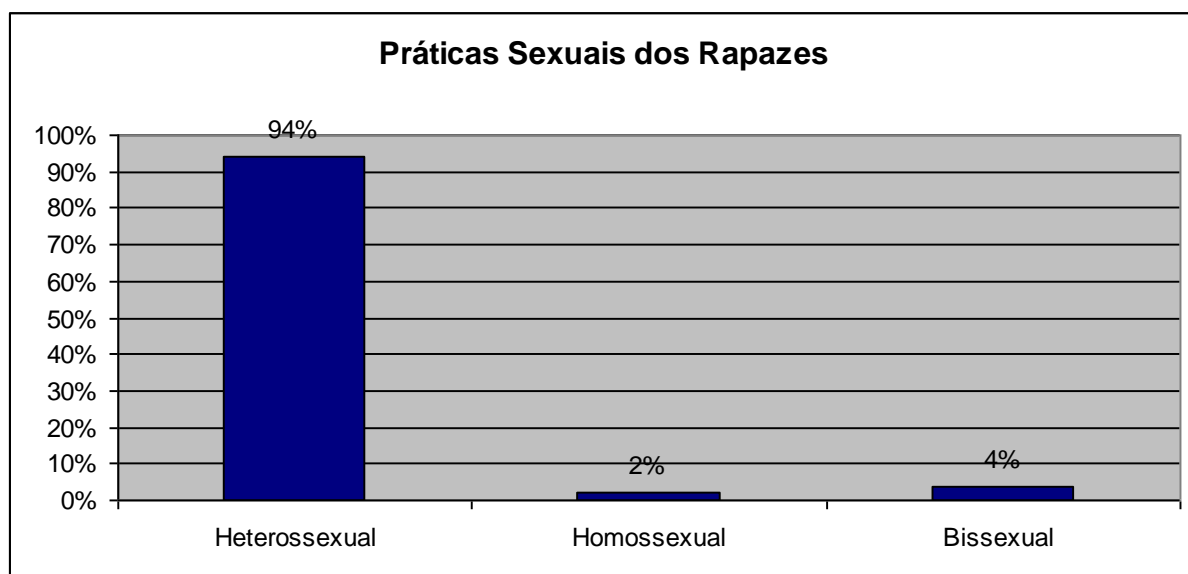


Gráfico 7 – Distribuição percentual das habituais práticas sexuais dos rapazes

Relativamente às práticas sexuais, a maioria dos rapazes manifestam preferências por relações heterossexuais (94%), 4% referem atracção por ambos os sexos e apenas 2% manifesta orientação homossexual (Gráfico 7).

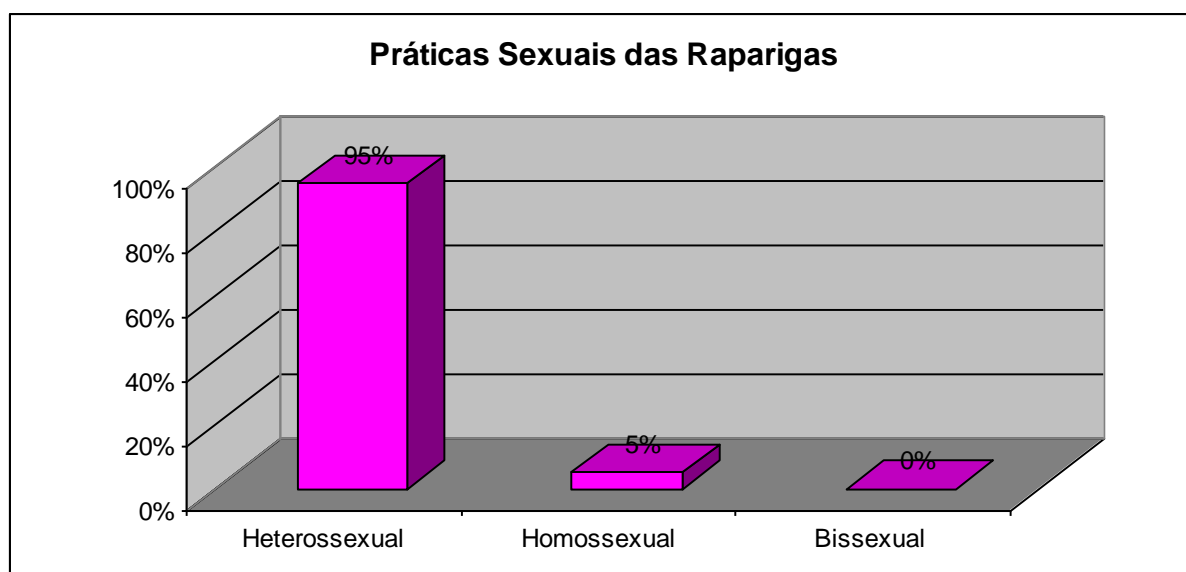


Gráfico 8 – Distribuição percentual das habituais práticas sexuais das raparigas

Quanto às práticas sexuais das raparigas inquiridas, a maior parte prefere relações com pessoas do sexo oposto (95%) e apenas 5% salienta a preferência por relações com pessoas do mesmo sexo, e nenhuma refere relações com pessoas de ambos os sexos.

Tabela 2 – Distribuição das frequências de resposta de quem proporciona informações sobre Educação Sexual

Onde obtém informação sobre Educação Sexual?			
	Frequência	Frequência Relativa	Frequência Absoluta
Pais	69	22%	22%
Amigos	79	25%	47%
Comunicação Social	40	12%	49%
Professores	40	12%	71%
Namorado	49	15%	86%
Internet	45	14%	100%
Total	322	100%	

Considerou-se pertinente apurar o peso dos diferentes agentes de socialização no processo de informação sobre educação sexual, questionando aos adolescentes onde têm obtido este tipo de informação. Os alunos tinham a opção de poder escolher mais do que uma fonte de informação, das seis apresentadas.

Cerca de 71% das 74 raparigas escolheram vários meios de informação (Anexo C, Output 17), também 69% dos 51 rapazes apontam várias fontes de informação sobre educação sexual (Anexo C, Output 18). Assim, é de esperar que, com o total de respostas dadas obtêm-se um valor acima do número total da amostra.

Com base na Tabela 2, verificamos que os valores obtidos se distribuem, quase, num valor uniforme pelas seis opções de resposta possíveis. Os valores apresentados na tabela agrupam as respostas dos rapazes e das raparigas. Contudo, e de acordo com a bibliografia acima apresentada, mais uma vez, os amigos continuam a ser a principal fonte de informação dos jovens (25%), seguindo dos pais (22%), do namorado (15%) e da internet (14%). Os professores e a comunicação social são aqueles de quem os alunos recebem menos informações sobre o tema (12%).

Tabela 3 - Distribuição das frequências de resposta acerca de com quem se sentem mais abertura para falar sobre métodos contraceptivos

Com quem se sentem mais à vontade para falar sobre métodos contraceptivos?			
	Frequência	Frequência Relativa	Frequência Absoluta
Pais	39	17%	17%
Amigos	97	41%	58%
Professores	8	3%	61%
Namorado	71	30%	91%
Outro	13	6%	97%
Ninguém	6	3%	100%
Total	234	100%	

Também, nas respostas à questão com quem se sentiam mais à vontade para falar sobre métodos contraceptivos eram apresentadas seis possíveis respostas, onde 37% dos rapazes optaram por mais do que uma resposta, tal como 69% das raparigas.

A Tabela 3 apresentada representa o total de respostas dos rapazes e das raparigas, onde mais, uma vez, aparecem os amigos como figuras com quem os adolescentes se sentem

mais à vontade para falar sobre métodos contraceptivos (41%). De seguida é referido o namorado (30%) e é curioso salientar, que em alguns QCA, verificou-se que adolescentes que referiam não ter namorado(a), apontam esta opção de resposta. Ao contrário do que se verificou na Tabela 2, os pais como figuras que com quem os jovens se sentem mais à vontade para falar sobre anti-concepcionais, aparecem em terceiro lugar (17%).

Uma pequena percentagem de alunos dá como opção de resposta “outro” (6%), “professores” (3%), e 3% referem que não se sentem à vontade para falar com ninguém.

Resultados obtidos na Escala de Conhecimentos de Contraceptivos (CKI)

Quando analisadas as respostas dos rapazes na escala CKI (Delcampo & Delcampo, 1973; versão adaptada por Marta Reis, 2006) que avalia os conhecimentos acerca dos métodos contraceptivos, na primeira questão, sobre qual o factor mais importante para a implementação correcta do método do calendário, mais de metade dos rapazes refere que não sabe (57,1%), mas 16,7% acerta na resposta (“a regularidade do ciclo menstrual da mulher”) (Anexo C, Output 19).

Tabela 4 - Distribuição das frequências de resposta à questão 1 da Escala de Conhecimentos Contraceptivos (CKI)

Questão 1	Frequência	Percentagem
Resposta a)	44	31,9
Resposta b)	3	2,2
Resposta c)	19	13,8
Resposta d)	20	14,5
Resposta e)	49	35,5
Não responde	3	2,2
Total	138	100,0

Através da Tabela 4, verifica-se que, também, 35,5% das raparigas admite não saber responder (Resposta e), mas 32% referem como factor mais importante a regularidade do ciclo menstrual, sendo esta a resposta correcta à questão.

Na segunda questão, “O método da temperatura baseia-se na alteração da temperatura corporal de base da mulher” 69% dos rapazes não sabem e só 10,7% acertam na resposta, sendo a resposta correcta a opção b (Anexo C, Output 20).

Tabela 5 - Distribuição das frequências de resposta à Questão 2 da Escala de Conhecimentos Contraceptivos (CKI)

Questão 2	Frequência	Percentagem
Resposta a)	22	15,9%
Resposta b)	24	17,4%
Resposta c)	11	8,0%
Resposta d)	10	7,2%
Resposta e)	71	51,4%
Total	138	100,0%

A Tabela 5 mostra-nos que mais de metade das raparigas não sabe a resposta à questão 2. No entanto, 17% parecem conhecer a resposta certa (“Antes da ovulação”), e de seguida aparece a resposta “antes da menstruação” como bastante escolhida (16%).

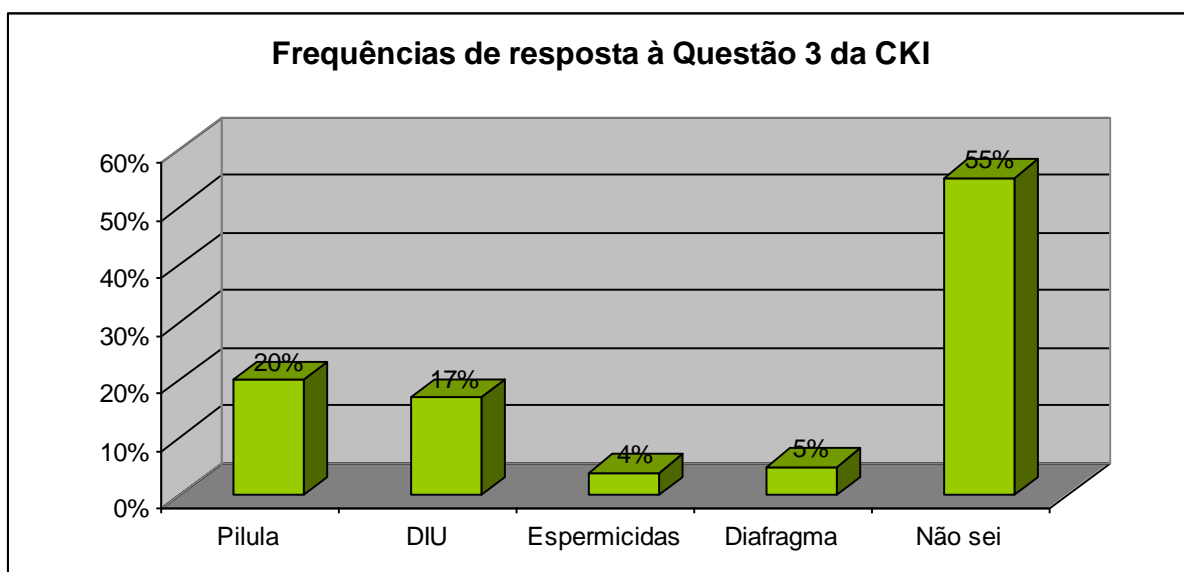


Gráfico 9 - Distribuição das frequências de resposta dos rapazes à Questão 3 da Escala de Conhecimentos Contraceptivos (CKI)

O Gráfico 9 representa as respostas dadas pelos rapazes na terceira questão da Escala de Conhecimentos Contraceptivos (CKI), cujo objectivo era indicar qual dos métodos é considerado abortivo, porque impede a implantação no útero de um ovo já fecundado, e 55% dos rapazes aponta que não sabe, enquanto 20% refere a pílula e 17% o Dispositivo Intra-Uterino (DIU), sendo esta a resposta correcta.

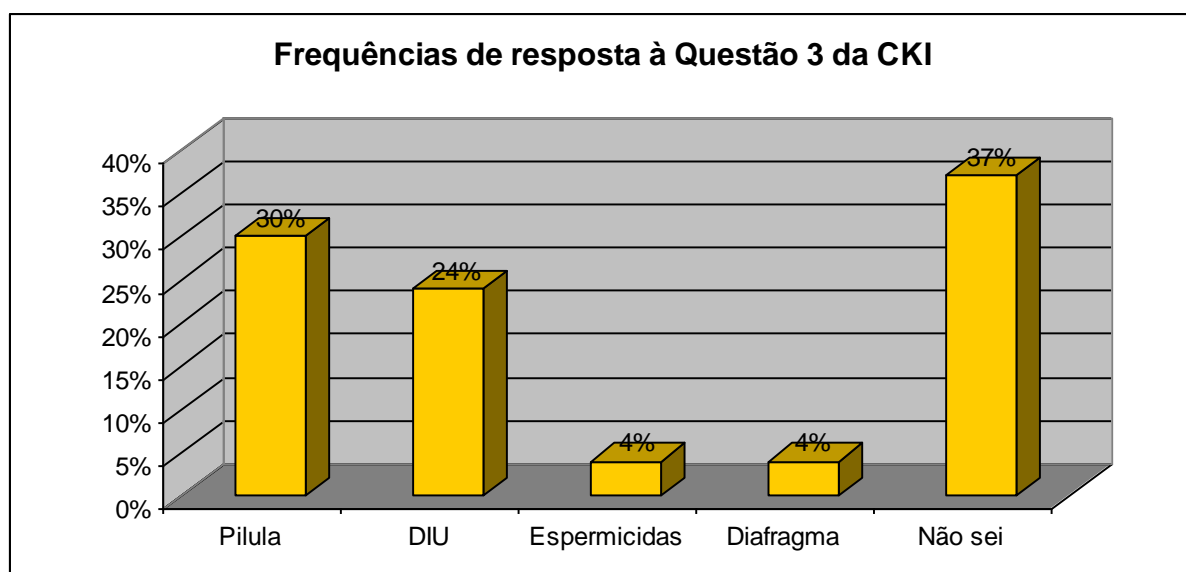


Gráfico 10 - Distribuição das frequências de resposta das raparigas à Questão 3 da Escala de Conhecimentos Contraceptivos (CKI)

Também, através do gráfico 10 verifica-se que 37% das raparigas não sabe a resposta à questão, seguindo-se a pílula, tal como nos rapazes, como a opção mais escolhida, e apenas 24% aponta o DIU como hipótese de ser um método abortivo. Os espermicidas e o diafragma aparecem num valor relativamente baixo (4% em ambos).

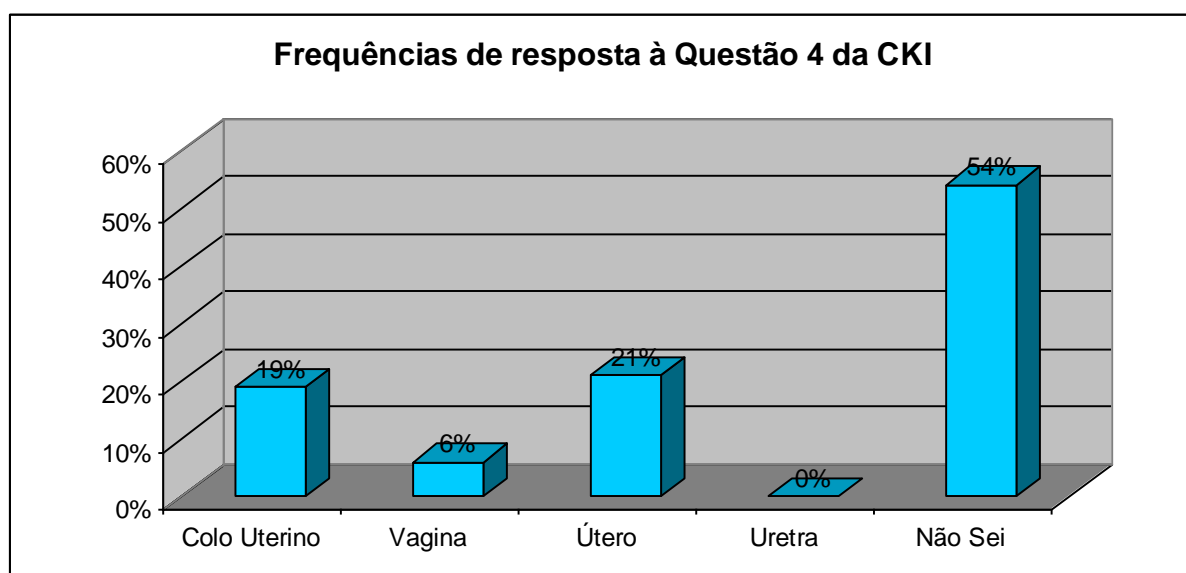


Gráfico 11 - Distribuição das frequências de resposta dos rapazes à Questão 4 da Escala de Conhecimentos Contraceptivos (CKI)

Na questão seguinte, sobre a localização do DIU, mais de metade dos rapazes admite não saber (54%), mas 21% acertam na resposta, ou seja, o útero é a zona de localização do Dispositivo Intra-Uterino (DIU).

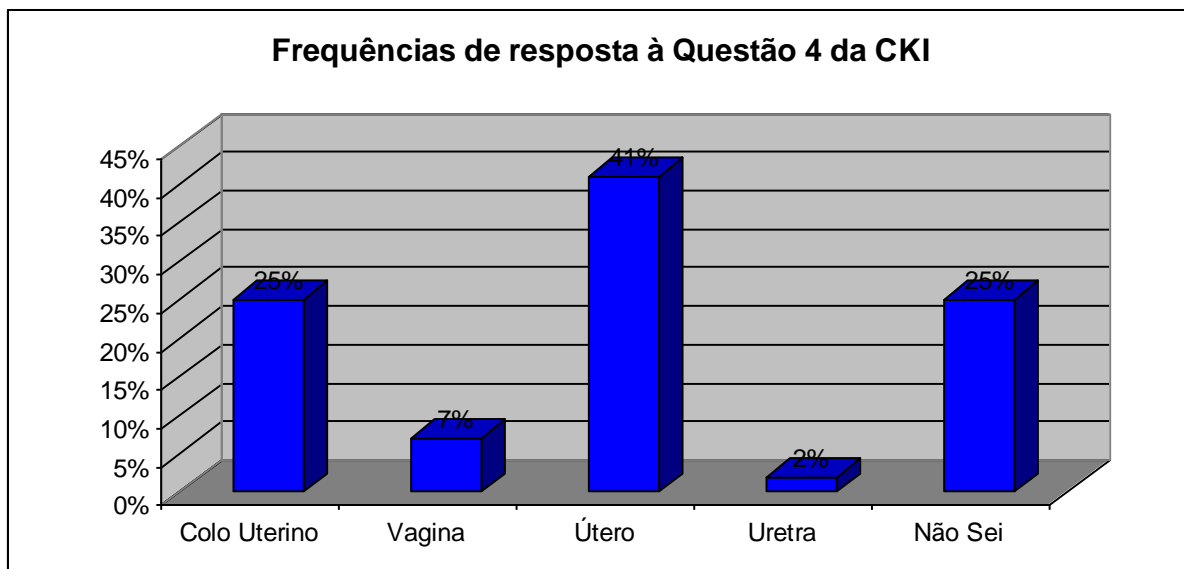


Gráfico 12 - Distribuição das frequências de resposta das raparigas à Questão 4 da Escala de Conhecimentos Contraceptivos (CKI)

As respostas das raparigas na Questão 4, difere de certo modo, das dos rapazes, pois quase metade refere que é no útero que se coloca o DIU, enquanto que 25% salienta o colo uterino e 25% não sabe.

A Questão 5, acerca de qual o método contraceptivo mais eficaz, a maioria dos rapazes (57%) refere o preservativo, enquanto que com uma percentagem igual (9,5%) refere a pílula, a laqueação de trompas e não sabe (Anexo C, Output 21). A resposta correcta nesta questão é a laqueação das trompas. Quando comparadas as respostas das raparigas, 59% menciona o preservativo como o método mais eficaz, seguindo-se a laqueação de trompas com 11% das respostas. Das 138 raparigas, 28 decidiram não responder (Anexo C, Output 22).

Na Questão 6, 21,4% dos rapazes escolhe a opção correcta, ou seja, consideram que o DIU deve ser controlado regularmente para verificar se continua no local adequado, tal como em 48% das respostas das raparigas. 58% dos rapazes e 35% das raparigas admitem não saber. Dos 84 rapazes inquiridos, 3 não responderam a esta questão (Anexo C, Output 23 e 24).

Na sétima questão, sobre a principal função da pílula, 25% dos rapazes acertam na resposta (“inibição da ovulação”) e, no mesmo valor e 32% admitem não saber responder

(Anexo C, Output 25). Relativamente às raparigas, 33% definem a principal função da pílula o impedimento da implantação do óvulo, 28% dão a resposta certa e 5% não sabem a responder (Anexo C, Output 26).

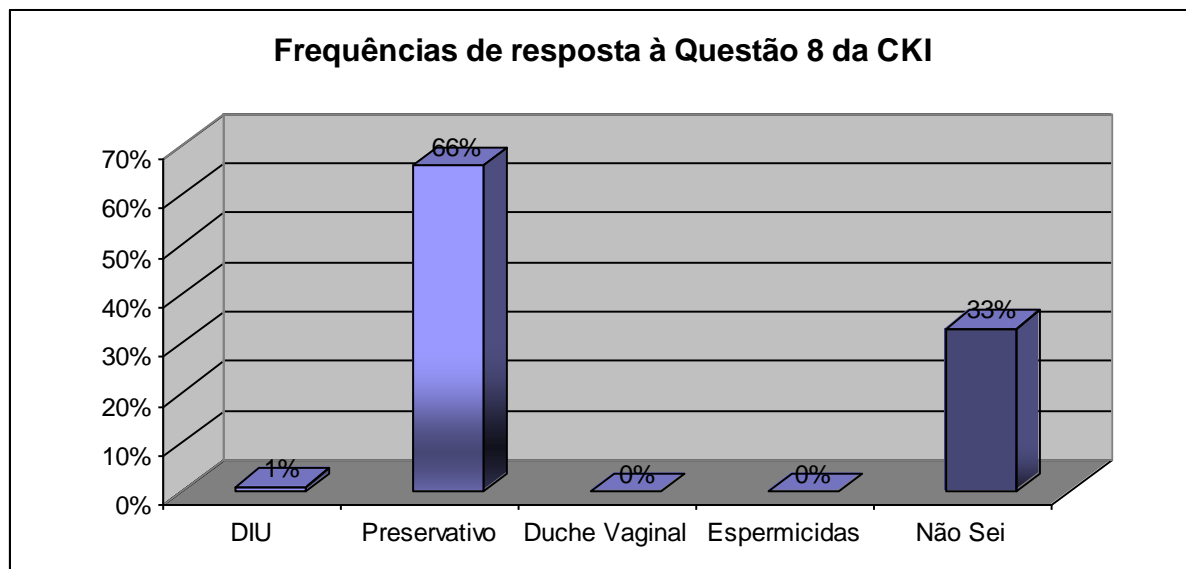


Gráfico 13 - Distribuição das frequências de resposta dos rapazes à Questão 8 da Escala de Conhecimentos Contraceptivos (CKI)

A Questão 8, questiona acerca de qual o método contraceptivo que simultaneamente protege de doenças venéreas, a maior parte dos rapazes acerta na resposta, focando o preservativo (66%) e 33% admite não saber.

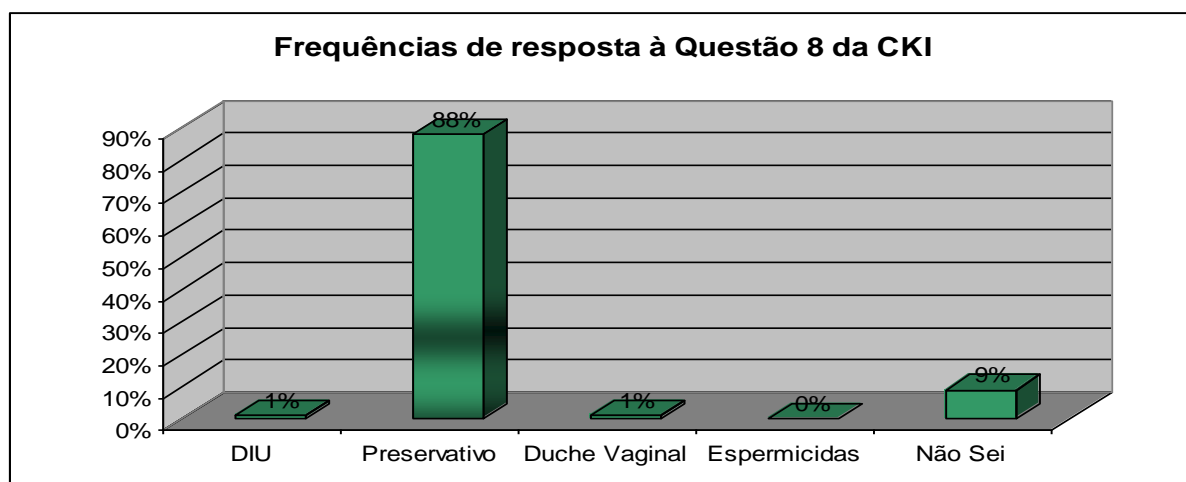


Gráfico 14 - Distribuição das frequências de resposta das raparigas à Questão 8 da Escala de Conhecimentos Contraceptivos (CKI)

Com a ajuda do Gráfico 14, é perceptível que, também, as raparigas, o preservativo é o método mais salientado (80%), e apenas 9% refere não saber qual o método contraceptivo que simultaneamente protege das doenças venéreas.

Na última questão, os resultados das respostas dos rapazes e das raparigas quando comparadas, revela que uma elevada percentagem admite não saber responder, nos rapazes 53,6% e nas raparigas 36%. Apenas 27,4% dos rapazes escolhem a resposta certa, referindo que a esterilização cirúrgica não altera a activação sexual, tal como 44% das raparigas. Na opção de resposta b), 12% dos rapazes e 14% das raparigas, referem que há uma redução do desejo sexual no homem vasectomizado, mas não numa mulher cujas trompas foram laqueadas (Anexo C, Output 27 e 28).

Resultados obtidos na Escala de Atitudes face aos Métodos Contraceptivos

Com o objectivo de avaliar as atitudes preventivas dos adolescentes face aos métodos contraceptivos, comparou-se as médias obtidas nas respostas entre rapazes e raparigas nas diferentes afirmações, tendo em conta que a escala variava entre 11 a 55, onde 11 corresponde a atitude preventiva muito baixa (“Concordo Completamente) e 55 atitude preventiva muito alta (“Discordo Completamente).

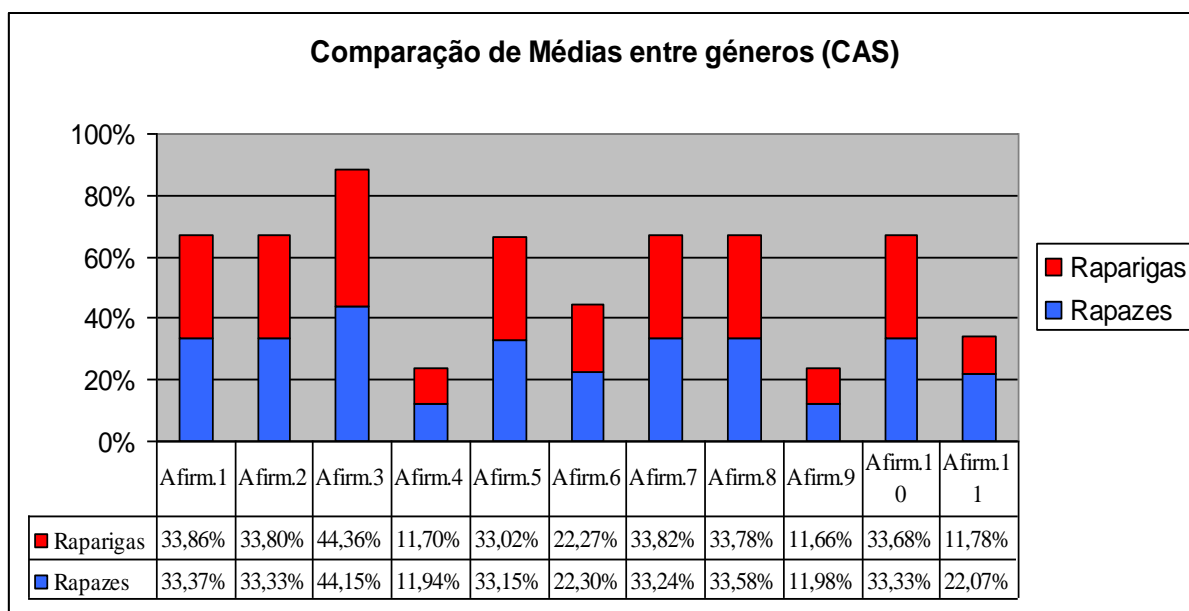


Gráfico 15 – Comparação entre sexos das médias obtidas nas respostas dadas na Escala de Atitudes face aos Métodos Contraceptivos

É possível, através do Gráfico 15 apresentado, verificar que as atitudes, quer dos rapazes quer das raparigas não se diferenciam muito entre si. No entanto, as percentagens apresentadas, centram-se na sua maioria no valor 33, que demonstra que os adolescentes não têm uma opinião formada acerca da afirmação (“Não concordo Nem discordo”).

Apesar das médias de ambos os sexos terem um valor aproximado, existem afirmações que demonstram uma atitude preventiva alta (Afirmação 3, 4, 6, 9 e 11), quer por parte dos rapazes, quer, principalmente, por parte das raparigas (Anexo C, Output 29).

Para verificar, se existem diferenças significativas entre géneros nos adolescentes que já tiveram relações sexuais, relativamente às respostas dadas na Escala de Atitudes Contraceptivas (CAS), utilizou-se o teste Mann-Whitney. O teste Mann-Whitney apresenta as diferenças centradas no valor na da mediana.

O resultado obtido revelou existência de diferenças significativas nas afirmações 1,3,4,6,7,9,10 e 11, que constituem a escala (Anexo C, Output 30).

Assim, na Afirmação 1 (“Os métodos contraceptivos reduzem a activação sexual.”), as diferenças encontradas entre géneros, centrando-se na mediana (Anexo C, Output 31), mostra que no sexo masculino o valor desta foi 33, ou seja, a opção resposta “Não Concordo Nem Discordo”, enquanto que nas raparigas foi 44 (“Discordo”), o que demonstra uma atitude preventiva alta por parte destas (Anexo C, Output 32).

Relativamente à mediana das respostas dadas pelos rapazes na Afirmação 3, o valor obtido foi 44 (“Discordo”), o que se caracteriza como uma atitude preventiva alta (Anexo C Output 33). Também, nas raparigas a mediana foi de acordo a uma atitude preventiva muito alta, obtido pela pontuação máxima da escala (5- “Discordo Completamente”) (Anexo C Output 34).

No que respeita à Afirmação 4, também se verificou diferenças significativas, centrando-se a mediana das respostas dos rapazes, no valor 22 (“Concordo”), o que demonstra uma atitude preventiva alta (Anexo C, Output 35), enquanto que nas raparigas foi o valor 11 (“Concordo Completamente”), superando os rapazes com uma atitude preventiva muito alta (Anexo C, Output 36).

Na Afirmação 6, apesar de a mediana ter um valor igual quer no sexo masculino, quer no sexo feminino (Anexo C, Output 37 e 38), verifica-se que existem diferenças significativas na distribuição dos dados.

As diferenças significativas visíveis na Afirmação 7, indicadas pela mediana, mostram que os rapazes não têm uma opinião formada sobre esta (Anexo C, Output 39). Ao contrário,

as raparigas parecem ter uma atitude preventiva alta face ao uso dos métodos contraceptivos (Anexo C, Output 40).

Relativamente à Afirmação 9, “Vale a pena usar contraceptivos mesmo que os custos monetários sejam elevados” verifica-se que a mediana das respostas dos rapazes é igual a 22, o que corresponde ao “Concordo”, o que demonstra, mais uma vez, uma atitude preventiva alta dos participantes do sexo masculino (Anexo C, Output 41). Também, nas raparigas a mediana de respostas mostra uma atitude preventiva muito alta (“Concordo Completamente”) (Anexo C, Output 42).

A Afirmação 10 (“Os métodos contraceptivos fazem as relações sexuais parecer demasiado planeadas”) tem como valor central nas respostas dos rapazes, a opção “Não concordo, Nem discordo”, o que corresponde a uma não formação de uma atitude face à afirmação (Anexo C, Output 43). Nas raparigas, esta medida de tendência centra encontra-se no valor 44 (Anexo C, Output 44), onde 50% das raparigas discordam com esta afirmação, o que demonstra uma atitude preventiva alta face à utilização dos métodos contraceptivos.

Relativamente à última afirmação, onde se verificou diferenças significativas entre géneros, a mediana das respostas dos rapazes é igual a 22 (“Concordo”), o que apresenta uma atitude preventiva alta (Anexo C, Output 45), enquanto que nas raparigas este valor é igual a 11 (“Concordo Completamente”), demonstrando atitudes preventivas muito altas (Anexo C, Output 46).

7. Discussão

A presente investigação tinha como objectivo central verificar o modo como é vivida a sexualidade pelos adolescentes de hoje, avaliando conhecimentos e atitudes sobre os métodos contraceptivos, relacionando com a prevenção de comportamentos de risco, tendo em conta várias variáveis que caracterizam a amostra.

De um modo geral e de acordo com os resultados obtidos, verificou-se que a maior parte dos adolescentes tendem a ter comportamentos preventivos aquando da ocorrência de relações sexuais, utilizando métodos contraceptivos que consideram bastante eficazes.

No entanto, foram notórias as diferenças entre géneros, onde as raparigas tendem a ser mais preocupadas ao nível da prevenção da gravidez ou de infeções sexualmente transmissíveis, quando comparadas com os rapazes.

A maioria dos participantes é do sexo feminino (n=138), pois as turmas em que foram aplicadas o protocolo de avaliação, eram maioritariamente constituídas por as raparigas. Isto pode dever-se ao facto, de tal como é sabido, de existirem mais mulheres matriculadas no ensino, do que homens.

Relativamente às diferentes nacionalidades encontradas nos participantes, tem a ver com o multi-culturalismo que cada vez está mais presente no nosso país e isso reflecte-se sobretudo nas escolas. Cada cultura é caracterizada por um conjunto de diferentes ideias, crenças e atitudes face aos métodos contraceptivos, em particular, e face à sexualidade, no geral, o que pode, de certo modo enviesar os resultados, uma vez que as escalas estão adaptadas para as características da população portuguesa.

Os resultados apresentam que mais de metade das raparigas, tendo em conta as do 10º e 12º ano já tiveram relações sexuais (53,6%), sendo a idade média de 15,28 anos de idade. Relativamente aos 84 rapazes inquiridos, 61% admite já ter tido relações sexuais na sua vida, sendo a idade média da primeira relação sexual aos 14,76 anos de idade. O estudo efectuado pela Global Sex Survey obteve uma média de 16,9 anos de idade na primeira relação sexual nos adolescentes portugueses, pois foi um estudo realizado à escala nacional. Todavia, o estudo efectuado por Tique (2008), também com estudantes adolescentes, teve uma média de início de actividade sexual mais baixa (14,6 anos), muito semelhante à obtida no presente estudo, nomeadamente nos rapazes. O presente estudo vai de acordo com um estudo desenvolvido por Gouveia e Leal (2010) com alunos do secundário, que demonstra que os rapazes tendem a iniciar as relações mais cedo que as raparigas.

Quer os rapazes, quer as raparigas, relativamente ao uso de contracepção na primeira relação sexual, na sua maioria admite ter usado. No entanto, as raparigas referem em maior número, atingindo quase os 100%, das que já tiveram relações sexuais.

Relativamente às relações sexuais nos últimos três meses, a maior parte das raparigas que já tiveram relações sexuais pela primeira vez, afirmam ter tido, onde 65% refere mais do que três vezes, e no total 86% usou contracepção nessas relações, sendo a utilização da pílula e do preservativo, conjuntamente, o mais escolhido, seguindo-se, a toma da pílula, e em terceiro lugar, o preservativo. No que respeita aos rapazes, 28 dos 51 tiveram relações sexuais nos últimos três meses e 75% destes apontam ter utilizado sempre um método contraceptivo, sendo este o preservativo em 80% dos casos.

Tal como Nodin (2001), os resultados mostram que os métodos anticoncepcionais mais utilizados pelos rapazes são o preservativo, e a pílula pelas raparigas. Também, o estudo desenvolvido pela Associação para o Planeamento da Família (APF) com jovens portuguesas em 2006 confirma os resultados obtidos por Nodin, onde 79% das raparigas admite a utilização da pílula. Estes resultados assemelham-se aos obtidos na presente investigação, pela elevada taxa de raparigas que apresentaram a pílula como o seu método anti-concepcional de preferência e, ao nível dos rapazes, a preferência pelo uso do preservativo.

Através do estudo das correlações, verificou-se diferenças de género, onde no caso das raparigas, não existe uma correlação entre o facto de terem usado métodos contraceptivos na primeira relação sexual e terem usado nas relações sexuais dos últimos três meses. No caso dos rapazes, apesar de os resultados apontarem o contrário, ou seja, para a existência de uma correlação, devido ao sig ter um valor igual ao alpha, para uma maior precisão dos resultados era necessário aumentar a dimensão da amostra.

A existência de parceiro um parceiro sexual fixo não nos remete, necessariamente, para comportamentos sexuais seguros, pois manter um relacionamento sexual sempre com a mesma pessoa, não nos livra de correr riscos, quer a nível de infecções sexualmente transmissíveis, quer de uma de uma gravidez não planeada, pois no estudo efectuado pela Global Sex Survey em 2005, em 34% dos casos, os adolescentes não tem conhecimento da história sexual prévia do parceiro. Através dos resultados obtidos é notório, a diferença entre géneros, quando questionados acerca da existência de um parceiro sexual fixo, pois a maior parte das raparigas refere ter um parceiro fixo, mais de metade dos rapazes aponta que não tem. Contudo, há um importante factor a ter em conta e que pode servir como meio explicativo da situação, pois muitos dos rapazes que salientaram não ter um parceiro sexual

fixo, também referiam, anteriormente, que não tinham namorada. Já no caso das raparigas, foram as que referiam ter namorado que respondiam ter um parceiro sexual fixo.

No entanto, o presente estudo parece estar de acordo com o estudo, já mencionado, desenvolvido por Leal e Gouveia (2010), com estudantes do secundário, que mostra que os rapazes tendem a ter mais relacionamentos e um maior numero de parceiros sexuais quando comparados com raparigas.

No que respeita às práticas sexuais, o presente estudo aproxima-se ao estudo de Tique (2008), pois a maior parte dos adolescentes inquiridos manifestam preferências por relações heterossexuais. É de notar que, mais uma vez, existem diferenças de género no que diz respeito a homossexualidade e bissexualidade, ou seja, enquanto que os rapazes preferem mais, práticas sexuais com pessoas de ambos os sexos (4%) e, numa percentagem menor com pessoas do mesmo sexo (2%), nas raparigas, os resultados diferem, onde 5% aponta para preferência com pessoas dos mesmo sexo, não havendo nenhum protocolo com a informação de alguma rapariga preferir manter práticas sexuais com pessoas de ambos os sexos (0%).

Tal como Bastos (2003) refere, é na adolescência que surge a curiosidade pela experimentação sexual, que se caracteriza por uma série de comportamentos, que por sua vez, são acompanhados de grandes expectativas e por uma sensação de desafio, comuns a todas as coisas que não foram ainda vivenciadas e muito desejadas. Fonseca (2002) refere que as diferentes experimentações sexuais, ou seja, hetero, homo e bissexuais, funcionam como diferentes maneiras de expressar a sexualidade.

Relativamente às fontes de informação sobre Educação sexual, os amigos continuam a ser a principal fonte de informação dos jovens, tal como no estudo de Leite e colaboradores em 1996. Contudo, o presente estudo diferencia-se do estudo efectuado em 2008 por Tique, onde o namorado aparecia como primeira meio de informação, seguindo-se os amigos, sendo que neste, os pais aparecem como a segunda fonte de informação, seguindo-se o namorado.

Em 2007, um estudo revelou que na opinião dos adolescentes, muitas vezes, os pais não detêm muitos conhecimentos ou as informações mais correctas sobre questões sexuais, nem se sentem à vontade para falar com os filhos (Dias, Matos & Gonçalves, 2007). Os professores e a comunicação social são os que os alunos referenciam menos como fonte de informação sobre educação sexual, apesar destes profissionais e dos “mass media” pertencerem, em grande parte, ao seu quotidiano. No entanto, a maior parte dos estudos mostra que, o facto de as pessoas estarem informadas, isso não faz com que tendam a mudar os seus comportamentos face à sexualidade (Matos & Sampaio, 2009).

Mais uma vez, no que diz respeito a se sentirem mais à vontade para falarem sobre métodos contraceptivos, os adolescentes referem os amigos. Esta situação demonstra a importância que o grupo de pares, constituído por elementos do mesmo nível etário e com quem passam a maior parte do seu tempo, quer na escola, quer em actividades extra-curriculares, amizades de bairro, e onde por vezes, existem códigos de comunicação, estilos de vida e preocupações semelhantes (Tique, 2008). Também, é importante não esquecer, tal como Kirby (2001) defende, a influência dos pares determina as escolhas dos adolescentes no que diz respeito ao comportamento sexual e à contracepção.

De seguida aparece o namorado e, contrariamente à variável anterior, os pais aparecem em terceiro lugar. Possivelmente se tivéssemos diferenciado mãe e pai como opções de resposta, os resultados obtidos teriam sido diferentes, pois tal como Vilar (2003) concluiu, o pai ocupa uma posição mais importante para os rapazes neste tipo de assuntos, tal como a mãe aparece como mais importante para as raparigas. E ainda, de acordo com o estudo desenvolvido por Tique (2008) a mãe, aparece como o terceiro elemento mais escolhido como fonte de informação.

No entanto, estes resultados vêm mostrar apenas um lado da questão, pois quando olhamos para a situação dos pais, serem os escolhidos para falar sobre este tema, existem alguns estudos que mostram, que estes referem precisar de ajuda, quando se trata de falar sobre sexualidade com os filhos, pois não sabem o que dizer (Albert, 2007).

Em relação à posição ocupada pelos professores, estes aparecem como uma das figuras que os adolescentes se sentem pouco à vontade para falar sobre contracepção. Isto pode dever-se ao facto, de em muitas situações decorrentes na escola, caracterizarem-se por espaços considerados impessoais ou até, muitas vezes, o professor ser encarado como uma figura distante aos alunos, sendo o recurso a ele pouco utilizado e bastante selectivo no que respeita a este tipo de esclarecimentos.

No entanto, pais, professores e os pares devem ser considerados como um factor determinante de protecção nos comportamentos sexuais de risco, uma vez que são figuras fundamentais que constituem o quotidiano dos adolescentes.

É também importante, que haja uma maior articulação entre as famílias dos adolescentes e a escola, de modo a haver uma implicação conjunta em diferentes formas de educação sexual. A existência de espaços

Assim, foi importante perceber quais os principais agentes de informação sobre educação sexual para os adolescentes e tal como referido em alguns estudos, os amigos continuam a ocupar o primeiro lugar, como a principal fonte de informação. Estes resultados

revelam, a importância que os pares detêm na vida dos adolescentes e daí ser importante, ter em conta, acções de sensibilização e de esclarecimento sobre sexualidade entre os jovens, uma vez que é entre eles que a maioria das dúvidas e experiências são partilhadas.

No que respeita aos conhecimentos dos métodos contraceptivos, de um modo geral os resultados mostram-nos que a maioria dos adolescentes não possuem muitos conhecimentos, e isso torna-se visível através do número elevado de respostas apontadas de “não sei”.

No entanto, a análise comparativa entre géneros, é visível que as raparigas apresentam mais conhecimentos sobre métodos contraceptivos, em relação aos rapazes, mostrando assim, uma maior preocupação e responsabilidade contraceptiva.

É de notar, na quinta questão, quando questionados acerca de qual o método contraceptivo mais eficaz, e na grande maioria, quer no sexo masculino, quer no sexo feminino, a escolha é o preservativo. Apesar desta resposta não ser correcta, esta tomada de decisão como a opção mais escolhida, pode estar relacionada com o facto de o preservativo ser encarado como o único método contraceptivo que protege de doenças/ infecções sexualmente transmissíveis e ao mesmo tempo de uma gravidez não planeada. Assim, para os adolescentes, o preservativo surge como o principal meio preventivo dos dois principais riscos associados aos comportamentos sexuais.

De certo modo, é de notar que os participantes do estudo demonstram através dos conhecimentos que apresentam, que já podem ter beneficiado de alguma forma de educação sexual, quer noutros anos lectivos, quer numa perspectiva mais informal. No presente ano lectivo de aplicação do protocolo de avaliação, os alunos participantes ainda não tinham tido sessões/aulas de Educação Sexual, uma vez que esta era uma medida prevista para o 3º período. Todavia, como refere Bastos (2003) a educação sexual deve ser atempada, de forma concreta e responsabilizadora de comportamentos e atitudes, através de uma visão positiva e optimista da realidade sexual.

Contudo, através da nova lei prevista pelo Governo, editada no “Diário da República” a 6 de Agosto de 2009, que estabelece o regime de aplicação da educação sexual, com um mínimo de doze horas quer para o 3º ciclo, quer para o secundário, e um mínimo de 6 horas para o 1º e 2º ciclos do ensino básico, pode funcionar como um bom contributo para que daqui a uns anos haja jovens mais preventivos e preocupados com a sua saúde sexual e reprodutiva.

Relativamente às atitudes, apesar de em grande parte, quer nos rapazes, quer nas raparigas, não apresentarem uma opinião formada acerca da afirmação, denota-se que existem diferenças significativas entre eles.

Ao analisarmos as diferenças estatisticamente significativas entre géneros, verifica-se que as raparigas têm mais atitudes, que se caracterizam por uma elevada preocupação ao nível da prevenção, face aos riscos associados aos comportamentos sexuais.

Concluiu-se, então, que as raparigas apresentam um nível de concordância ou discordância face às afirmações mais absoluto, do que os rapazes, enquanto que estes, na sua maioria, apontam que concordam (2=“concordo”) ou discordam (4=“discordo”) da afirmação, as participantes do sexo feminino optam, em grande parte, no “concordo completamente” (1) ou “discordo completamente” (5).

Tal como referido por alguns dos autores, as atitudes predizem os comportamentos, contudo, as atitudes vão-se formando ao longo da vida, sendo resultado de experiências e comportamentos aprendidos com os outros (Lopez & Fuertes, 1999).

Deste modo, os resultados estão de acordo com um estudo desenvolvido em 2007, por Reis e Matos, onde os resultados demonstraram que a maioria dos jovens universitários têm pouco conhecimento acerca dos métodos contraceptivos, mas revelaram uma forte atitude preventiva face a uma gravidez nas escolas que funcionassem com o objectivo de esclarecer dúvidas ou como fonte de informações sobre sexualidade, de modo a responder às necessidades dos alunos nessa área. A partilha de informação adequada sobre sexualidade pode contribuir para que os adolescentes façam escolhas mais seguras em relação ao seu comportamento sexual (Matos et al., 2003).

8. Conclusão

Partindo da questão de investigação formulada sobre se os conhecimentos e as atitudes que os adolescentes têm face aos métodos contraceptivos faz com que evitem comportamentos sexuais de risco optando pela uso destes métodos, aquando da ocorrência de relações sexuais. Foi recolhida uma amostra de 222 adolescentes estudantes do 10º e 12º ano, a quem foi aplicado um protocolo de avaliação (Anexo B).

Através de toda a análise dos resultados obtidos, verificou-se que em questões ao nível da prevenção de riscos sexuais, as raparigas apresentam valores que revelam atitudes mais preventivas, em relação aos rapazes.

Deste modo, através de tudo o que foi dito, quer através da literatura apresentada, quer através dos resultados obtidos nesta investigação, considera-se que este estudo teve algumas contribuições: pelo facto de os adolescentes serem considerados um grupo de risco na vivência da sua vida sexual, a possibilidade de averiguar a existência de diferenças de género ao nível das atitudes preventivas nos seus comportamentos sexuais.

Outros contributos foram, perceber o modo como é vivida por este grupo de adolescentes a sua sexualidade, por exemplo, no que respeita à idade média da primeira relação sexual, uma vez que, de acordo com vários estudos já realizados neste âmbito, aponta-se para um início cada vez mais prematuro da vida sexual dos jovens. Perceber o seu sentido de responsabilidade, optando pelo uso de métodos contraceptivos aquando da ocorrência de relações sexuais e, por último, que os adolescentes com maior nível de conhecimentos acerca dos métodos contraceptivos têm atitudes mais preventivas na sua vida sexual.

Contudo, o presente estudo apresenta algumas limitações, tais como o tamanho da amostra; o diferente número de rapazes e de raparigas, estando estas num número consideravelmente superior ($n=138$) em relação aos rapazes ($n=74$). Outra limitação é o facto de os dados terem sido recolhidos apenas numa escola.

No que respeita à aplicação do Protocolo de Avaliação, encontrou-se algumas dificuldades, na medida em que os Protocolos de Avaliação eram preenchidos individualmente em contexto de sala de aula. No entanto, os alunos estavam agrupados a pares numa só mesa e apesar de haver controlo, quer por parte do investigador, quer por parte do professor presente, de modo a evitar interação entre eles, em muitos casos surgiu o diálogo ou até mesmo consulta do Protocolo de Avaliação que estava ser preenchido pelo colega do lado.

Contudo, como é de saber questões ligadas à sexualidade são, muitas vezes, sinónimo de brincadeira e curiosidade entre os adolescentes. É também, importante não esquecer o factor de deseabilidade social entre os adolescentes, neste tipo de questões.

É, também, importante salientar o facto da multiculturalidade presente na amostra, ou seja, dos 222 alunos inquiridos, 40 não eram de nacionalidade portuguesa, sendo este um factor que pode ter influenciado os resultados, uma vez que cada cultura tem uma visão diferente sobre o tema da sexualidade.

No que respeita às medidas utilizadas, tal como referem Reis e Matos (2007), a escala que avalia os conhecimentos acerca dos métodos contraceptivos (CKI) devia estar mais completa e adequada para a população-alvo, de modo a assegurar uma boa fidelidade às investigações futuramente desenvolvidas.

Em estudos futuros seria interessante compreender o que motiva os adolescentes a iniciarem a sua vida sexual prematuramente e quais os aspectos mais importantes que têm em conta quando têm relações sexuais (e.g. físicos, psicológicos, sociais). Quais os factores que os adolescentes consideram principais na escolha do(s) método(s) contraceptivo(s) utilizado(s).

Seria também, interessante, que no futuro fosse desenvolvido um estudo deste tipo de carácter longitudinal, onde os alunos do 10º ano fossem avaliados dois anos mais tarde, tais como os do 12º ano.

Em estudos posteriores, seria pertinente, avaliar as atitudes e crenças dos estudantes tendo em conta as diferentes nacionalidades existentes nas escolas.

Através de tudo o que foi dito, conclui-se que cada vez é mais importante que haja investimento na prevenção e promoção da saúde, de modo a evitar riscos associados aos comportamentos sexuais, ajudando assim, os adolescentes a viverem de forma saudável a sua sexualidade.

9. Referências

- Aberastury, A., et al. (1988). *Adolescência*. Brasil: Porto Alegre, Artes Médicas
- Albert, B. (2007), “With One Voice: America’s Adults and Teens Sound Off About Teen Pregnancy”. Washington: National Campaign to Prevent Teen Pregnancy
- Alves, M. J. (2001). “A educação sexual é...”, In *Sexualidade e Planeamento Familiar*, 31, 1-2.
- Alves, G. & Carvalho, G. (2007). *Reprodução Humana e Sexualidade nos Manuais Escolares Portugueses e Moçambicanos*. LIBEC/CIFPEC, IEC, Universidade do Minho. Consultado a 23 de Junho de 2010 através de World Wide Web: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/6697/1/Reprod%20t%20%26%20Mz.pdf>
- APF - Associação para o Planeamento da Família (2010), Consultado a 18 de Maio de 2010 através de http://www.apf.pt/cms/files/conteudos/file/Noticias%20e%20destaques/Abril%202010/Portari an196A_2010.pdf
- APF- Associação para o Planeamento da Família (2010). *Pílula faz 50 anos*. Consultado a 20 de Maio de 2010 através de <http://www.apf.pt/?area=000&tipo=noticias&id=CNT4bed649bc0e6b>.
- APF- Associação para o Planeamento da Família (2010). *Métodos contraceptivos- Pílula*. Consultado a 20 de Maio de 2010 através de <http://www.apf.pt/?area=001&mid=002&sid=005&page=2>
- Bastos, A. P. (2003). *Afectividades na adolescência. Sexualidade e educação para os valores*. Lisboa: Paulinas
- Beadnell, B. et al. (2005) “Condom Use, Frequency of Sex, and Number of Partners: Multidimensional Characterization of Adolescent Sexual Risk- Talking”. *The Journal of Sex Research*, 42, pp. 192-203

- Borges, A. & Schor, N. (2007) “Homens adolescentes e vida sexual: heterogeneidades nas motivações que cercam a iniciação sexual”. *Caderno Saúde Pública*, vol. 23, 1, pp. 225-234
- Bozon, M. (2002) “Sociologie de la Sexualité”. Paris: Nathan
- Conner, M., & Norman, P. (1996). “The Role of Social Cognition. In M. Conner & P. Norman (Eds), *Predicting health behaviour*, 1-22. United States of América: Open University Press
- Correia, M. J. (2005). Gravidez e maternidade em grupos de risco. In Leal, I. (Ed.) *Psicologia da gravidez e parentalidade*, 49-60. Lisboa: Fim de século,
- Cravo-Saúde, A., & Almeida, R., (2001). *Educação Sexual na Escola*. Lisboa: Universitária Editora
- Dias, J., Matos, M. & Gonçalves, A. (2007) “Percepção dos adolescentes acerca da influência dos pais e pares nos seus comportamentos sexuais”. *Análise Psicológica*, 4, pp- 625-634
- Doron, R. & Parot, F. (2001). *Dicionário de Psicologia*. Lisboa: Climepsi.
- Durex. *Give and Receive- 2005 Global Sex Survey Results*. Consultado a 22 de Abril de 2010; www.durex.com/gss.
- Eaton, D., Kann, L., Kinchen, S., Ross, J., Hawkins, J., Harris, W., Lowry, R., McManus, T., Chyen, D., Shanklin, S., Lim, C., Grunbaum, J., & Whechsler, H. (2005). *Centers for Disease Control and Prevention*. National Center for Chronic Disease prevention and health promotion. Division of Adolescent and School Health. Youth Risk behavior Surveillance. United States. Consultado a 15 de Janeiro de 2010 através de <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/ss5505al.htm>
- Ferreira, M. & Nelas, P. (2006). *Adolescências...adolescentes*. Revista Educação, Ciência e Tecnologia, pp. 141-162

- Fisher, H. (2008). *Porque Amamos: A Natureza e a Química do Amor romântico*. Lisboa: Relógio D'Água

- Fonseca, H. (2002). *Compreender os Adolescentes - Um desafio para Pais e Educadores*. Lisboa: Editorial Presença

- Frade, A., Marques, A., Alverca, C. & Vilar, D. (2001). *Educação Sexual na Escola*. Lisboa: Texto Editora.

- Fundo das Nações Unidas para a População (FNUAP) (2005) “A Situação da População Mundial 2005- A Promessa de Igualdade: Equidade em Matéria de Género, Saúde Reprodutiva e Objectivos de Desenvolvimento do milénio”. Nova Iorque: FNUAP

- Gleitman, H., Fridlund, H., & Reisberg, D. (2003). *Psicologia* (6ª Ed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian

- Gouveia, P. & Leal, I. (2010) “Um olhar sobre o comportamento sexual e a virgindade na adolescência em Portugal: estudo comparativo”, in I. Leal & J.P. Ribeiro (1ª Edição), *Psicologia da Saúde- Sexualidade, Género e Saúde*, 185-193, Lisboa: Edições Ispa

- Kirby, D. (2001) “Understanding what Works and what doesn't in reducing adolescent sexual risk taking”. *Family Planning Perspectives*, 33, pp- 276-281

- Lamas, D. & Frade, A. (1995). *Para compreender a adolescência*. Lisboa: Associação para o Planeamento da Família.

- Lei nº 60/2009, *Diário da Republica*, 1ª serie, Nº 151 de 6 de Agosto de 2009

- Leite, H. B., Belo, J. & Xavier, E. (1996). *Contracepção na adolescência*. Arquivos de medicina, 11, pp. 246-249

- Leyens, J.P. & Yzerbyt, V. (1999) *Psicologia Social*. Lisboa: Edições 70.

- Lopez, F. & Fuertes, A. (1999). *Para compreender a sexualidade*. Lisboa: APF.

- Marques, A. M. (2000). *Educação sexual em meio escolar: linhas orientadoras*. Lisboa: ME, MS e APF.

- Matos, M., e equipa do Projecto Aventura Social & Saúde (2003). *A Saúde dos adolescentes portugueses (quatro anos depois)*. Lisboa: Edições FMH

- Matos, M., et al., e equipa do Projecto Aventura Social (2006). *Aventura Social & Saúde- Indicadores de saúde dos Adolescentes Portugueses - Relatório preliminar HBSC 2006*. Consultado a 12 de Fevereiro de 2010 através de <http://www.fmh.utl.pt/aventurasocial>

- Matos, M. & Sampaio, D. (2009). *Jovens com Saúde- Dialogo com Uma Geração*, Lisboa: Texto Editores

- ME- Ministério da Educação: Consultado a 9 de Fevereiro de 2010 através de http://min-edu.pt/np3content/?newsId=4096&fileName=lei_60_2009.pdf.

- Moita, M. G. (1997).“Um pouco da história do planeamento familiar”. In *Sexualidade e Planeamento Familiar*, 13/14, 15-18

- Muuss, R. (1976). *Teorias da Adolescência*. Belo Horizonte: Interlivros

- Nodin, N. (2001). *Os jovens portugueses e a sexualidade em finais do século XX*. Lisboa: Associação para o Planeamento da Família

- Nodin, N. (2002). *Sexualidade de A a Z*. Lisboa: Bertrand

- Nodin, N. (2005). Intervenção em saúde sexual e reprodutiva. In Leal, I., *Psicologia da gravidez e parentalidade*, 127-150. Lisboa: Fim de século

- Observatório Nacional de Saúde (2004). *Uma observação sobre contraceção oral de emergência*. Lisboa: Instituto Ricardo Jorge. Consultado a 2 de Abril de 2010 através de http://www.onsa.pt/conteu/est_proj_controral.html

- Parot, F. & Doron, R. (2001). *Dicionário de Psicologia*. Lisboa: Climepsi

- Piscalho, I., (2002) *Promoção e Educação para a Saúde: Educação da Sexualidade nas Escolas - Um Projecto de Investigação-Acção com Adolescentes que frequentam o 10º Ano de Escolaridade*, Dissertação de Mestrado em Psicologia da Saúde, não publicada, Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa.

- Reis, M. & Matos, M. (2007). Contracepção- conhecimentos e atitudes em jovens universitários. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 8, 2, 209-220;

- Ribeiro, M. & Fernandes, A. J. (2009) Comportamentos sexuais de risco em estudantes do ensino superior público da cidade de Bragança. *Psicologia Saúde & Doenças*, 10, 1, 99-113.

- Roberts, D. (1988). Adolescência. *Nursing*, 10, 23-27

- Roque, O. (2001). *Semiótica da cegonha: Jovens, sexualidade e gravidez não desejada*. Lisboa: Associação para o Planeamento da Família;

- Silva, D. P. et al (2005). *Avaliação das práticas contraceptivas em Portugal*, Lisboa: Sociedade portuguesa de ginecologia e Sociedade Portuguesa de Medicina da Reprodução (Relatório Policopiado) .

- Silva, A. (2004). *Desenvolvimento de Competências Sociais nos Adolescentes*. Lisboa: Climepsi Editores

- Tique, M. (2008). *Impacto da Educação Sexual em Contexto Escolar*, Dissertação de Mestrado em Sexualidade Humana, não publicada, Universidade de Lisboa: faculdade de Medicina de Lisboa

- Vaz, J. (1996). *Educação Sexual na Escola*. Lisboa: Universidade Aberta

- Vilar, D. (2003a). *Falar disso: A educação nas famílias dos adolescentes*. Porto: Edições Afrontamento
- Vilar, D (2003b). *Questões actuais sobre educação sexual num contexto de mudança. A sexologia: perspectiva multidisciplinar*. Coimbra: Quarteto
- WHO- World Health Organization (2006). *Aids Epidemic Update*. Consultado a 22 de Março de 2010 através de http://data.unaids.org/pub/EPISlides/2006/2006_EpiUpdate-Slide009_Deaths_SSA_1986-2006.ppt
- Zapiain, J. (2003). A Educação afectivo- sexual na escola. In *Sexualidade e Planeamento Familiar*, 36, 33-38
- Zimmer-Gembeck, M. & Collins, A. (2003). Autonomy development during adolescence. In Adams, G.R. & Berzonsky, M. (Ed), *The Blackwell Handbook on Adolescence*. Oxford, UK.

ANEXOS

ANEXO A- Carta de autorização para recolha da amostra

Andreia Filipa Rodrigues
Rua Mestre Romão, lote 50
Bensafrim 8600-069

Exmo. Sr. Director da Escola Secundária Júlio Dantas

Lisboa, 13 de Janeiro de 2010

Andreia Filipa Duarte de Jesus Rodrigues, aluna no Instituto Superior de Psicologia Aplicada (ISPA), a frequentar o 2º ano do Mestrado Integrado em Psicologia Clínica, vem por este meio, apresentar a investigação que está a desenvolver para a tese de mestrado, sob orientação da Prof. Doutora Teresa Botelho, subordinado ao tema da avaliação dos conhecimentos e atitudes dos adolescentes face aos métodos contraceptivos.

Para esse efeito gostaria de pedir autorização ao Sr. Director Drº Florivaldo dos Santos Abundância, para recolher a amostra na Escola Secundaria Júlio Dantas, aos alunos do 10º e 12º anos. A participação na investigação requer o preenchimento, no total, de três questionários, sendo o primeiro sobre características do participante e os dois últimos, são escalas de escolha múltipla que avaliam os conhecimentos e atitudes do participante no que respeita aos métodos contraceptivos.

Sem outro assunto, apresento o meu dispor para qualquer informação adicional: 91 6343400 / andreia_r2@hotmail.com.

A Mestranda

A Orientadora

(Andreia Rodrigues)

(Prof. Doutora Teresa Botelho)

ANEXO B- Protocolo de Avaliação

CONSENTIMENTO INFORMADO

Olá, o meu nome é Andreia Rodrigues, sou estudante de Psicologia no Instituto Superior de Psicologia Aplicada (ISPA) e estou a desenvolver um estudo sobre conhecimentos e atitudes dos adolescentes face aos métodos contraceptivos.

Gostava que participasses, preenchendo o conjunto de questionários que se segue. Todas as tuas respostas serão anónimas e confidenciais.

Em caso de alguma dúvida/informação acerca da investigação podes contactar:
andreia.ts5@gmail.com

Questionário de Caracterização da Amostra (QCA)

Idade: _____

Sexo: F ____ M ____

Nacionalidade: _____

Que ano escolar frequentas? _____ ano Área/agrupamento? _____

Preenche com uma cruz:

Tens namorado(a)? Sim ____ Não ____

Na tua vida, já alguma vez tiveste relações sexuais? Sim ☐ Não ☐

- Se respondeste **não**, podes passar para a página seguinte, por favor.

- Se sim:

Com que idade tiveste a tua 1ª relação sexual? _____ anos

Utilizaste algum método contraceptivo? Sim ☐ não ☐

Tiveste relações sexuais nos últimos 3 meses? Não ☐ Sim, 1 vez ☐ 2 vezes ☐

3 vezes ☐ mais de três vezes ☐

Se sim:

Nessas relações sexuais usaste algum método contraceptivo?

Não ☐ Sim, sempre ☐ Sim, algumas vezes ☐

Se usaste, qual destes foi? Pílula ☐ Preservativo ☐ Outro ☐

Tens um parceiro(a) sexual fixo? Sim ☐ Não ☐

Habitualmente as tuas práticas sexuais são: exclusivamente com pessoas do sexo oposto ☐ exclusivamente com pessoas do mesmo sexo ☐ com pessoas de ambos os sexos ☐

Onde tens obtido informação sobre Educação Sexual? Pais ☐ Amigos ☐ Comunicação Social ☐ Professores ☐ Namorado(a) ☐ Internet ☐

Com quem é que te sentes mais à vontade para falar sobre métodos contraceptivos?

Pais ☐ Amigos ☐ Professores ☐ Namorado(a) ☐ Outro ☐ Ninguém ☐

ANEXO C- Outputs

Output1

Output2

Média de idades do sexo feminino

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Idade	138	15	21	16,76	1,545
Valid N (listwise)	138				

Output3

Média de idades do sexo masculino

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Idade	84	15	21	17,06	1,476
Valid N (listwise)	84				

Output4

Namorado

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nao	69	50,0	50,0	50,0
	Sim	69	50,0	50,0	100,0
	Total	138	100,0	100,0	

Output5

Utilização de Contracepção na 1ªrelação sexual (raparigas)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nao	7	9,5	9,5	9,5
	Sim	67	90,5	90,5	100,0
	Total	74	100,0	100,0	

Output6

Idade média da 1ª relação sexual nas raparigas

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
PrimeiraVez	74	0	18	15,28	2,091
Valid N (listwise)	74				

Output7

Tem Namorada?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Nao	53	63,1	63,1	63,1
Sim	31	36,9	36,9	100,0
Total	84	100,0	100,0	

Output8

Idade média da 1ª relação sexual nos rapazes

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
PrimeiraVez	51	9	18	14,76	1,818
Valid N (listwise)	51				

Output9

Correlations

		Sexo	PrimeiraVez
Sexo	Pearson Correlation	1	,129
	Sig. (2-tailed)		,153
	N	125	125
PrimeiraVez	Pearson Correlation	,129	1
	Sig. (2-tailed)	,153	
	N	125	125

Output10

Teve relações sexuais nos últimos três meses?(raparigas)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	12	20,7	20,7	20,7
	2vezes	5	8,6	8,6	29,3
	3vezes	3	5,2	5,2	34,5
	+3vezes	38	65,5	65,5	100,0
	Total	58	100,0	100,0	

Output11

Contraceptivo usado nas ultimas relações?(raparigas)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim, sempre	50	86,2	86,2	86,2
	Sim,algumas vezes	8	13,8	13,8	100,0
	Total	58	100,0	100,0	

Output12

Teve relações sexuais nos últimos 3 meses?(Rapazes)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nao	23	45,1	45,1	45,1
	Sim 1 vez	8	15,7	15,7	60,8
	2vezes	5	9,8	9,8	70,6
	3vezes	1	2,0	2,0	72,5
	+3vezes	14	27,5	27,5	100,0
	Total	51	100,0	100,0	

Output13

Utilização de Contraceptivo nos últimos 3 meses pelos rapazes

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nao	3	10,7	10,7	10,7
	Sim, sempre	21	75,0	75,0	85,7
	Sim,algumas vezes	4	14,3	14,3	100,0
	Total	28	100,0	100,0	

Output14**Qual o método contraceptivo usado pelos rapazes?**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Pilula	5	20,0	20,0	20,0
Preservativo	20	80,0	80,0	100,0
Total	25	100,0	100,0	

Output 15**Symmetric Measures**

	Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal Phi	,463	,050
Cramer's V	,463	,050
N of Valid Cases	28	

Output 16**Symmetric Measures**

	Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal Phi	,136	,301
Cramer's V	,136	,301
N of Valid Cases	58	

Output 17**Informação sobre Educação Sexual**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Pais	9	12,2	12,2	12,2
Amigos	7	9,5	9,5	21,6
Professores	1	1,4	1,4	23,0
Namorado	1	1,4	1,4	24,3
Internet	3	4,1	4,1	28,4
Vários	53	71,6	71,6	100,0
Total	74	100,0	100,0	

Output 18**InfEducSex**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Pais	4	7,8	7,8	7,8
Amigos	5	9,8	9,8	17,6
Comunicação Social	2	3,9	3,9	21,6
Professores	3	5,9	5,9	27,5
Internet	2	3,9	3,9	31,4
Vários	35	68,6	68,6	100,0
Total	51	100,0	100,0	

Output 19**Questão 1- Rapazes**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid a	14	16,7	16,7	16,7
b	5	6,0	6,0	22,6
c	9	10,7	10,7	33,3
d	8	9,5	9,5	42,9
e	48	57,1	57,1	100,0
Total	84	100,0	100,0	

Output 20**Questão 2- Rapazes**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid a	8	9,5	9,5	9,5
b	9	10,7	10,7	20,2
c	7	8,3	8,3	28,6
d	2	2,4	2,4	31,0
e	58	69,0	69,0	100,0
Total	84	100,0	100,0	

Output 21

Questão 5- rapazes

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	a	8	9,5	9,5	9,5
	b	48	57,1	57,1	66,7
	C	8	9,5	9,5	76,2
	E	1	1,2	1,2	77,4
	G	2	2,4	2,4	79,8
	I	8	9,5	9,5	89,3
	nao responde	9	10,7	10,7	100,0
	Total	84	100,0	100,0	

Output 22

Questão 5- raparigas

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	a	6	4,3	4,3	4,3
	b	81	58,7	58,7	63,0
	c	15	10,9	10,9	73,9
	e	1	,7	,7	74,6
	f	1	,7	,7	75,4
	g	3	2,2	2,2	77,5
	i	3	2,2	2,2	79,7
	nao responde	28	20,3	20,3	100,0
	Total	138	100,0	100,0	

Output 23

Questão 6- rapazes

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	a	8	9,5	9,5	9,5
	b	18	21,4	21,4	31,0
	c	1	1,2	1,2	32,1
	d	5	6,0	6,0	38,1
	e	49	58,3	58,3	96,4
	nao responde	3	3,6	3,6	100,0
	Total	84	100,0	100,0	

Output 24

questão 6-raparigas

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	a	14	10,1	10,1	10,1
	b	66	47,8	47,8	58,0
	c	3	2,2	2,2	60,1
	d	7	5,1	5,1	65,2
	e	48	34,8	34,8	100,0
	Total	138	100,0	100,0	

Output 25

questão 7- rapazes

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	a	7	8,3	8,3	8,3
	b	21	25,0	25,0	33,3
	c	21	25,0	25,0	58,3
	d	8	9,5	9,5	67,9
	e	27	32,1	32,1	100,0
	Total	84	100,0	100,0	

Output 26

questão 7- raparigas

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	a	10	7,2	7,2	7,2
	b	39	28,3	28,3	35,5
	c	46	33,3	33,3	68,8
	d	29	21,0	21,0	89,9
	e	7	5,1	5,1	94,9
	Não responde	7	5,1	5,1	100,0
	Total	138	100,0	100,0	

Output 27

questão 9- rapazes

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	a	23	27,4	27,4	27,4
	b	10	11,9	11,9	39,3
	c	5	6,0	6,0	45,2
	d	1	1,2	1,2	46,4
	e	45	53,6	53,6	100,0
	Total	84	100,0	100,0	

Output 28

questão 9- raparigas

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	a	61	44,2	44,2	44,2
	b	19	13,8	13,8	58,0
	c	7	5,1	5,1	63,0
	d	1	,7	,7	63,8
	e	50	36,2	36,2	100,0
	Total	138	100,0	100,0	

Output 29

Comparação médias entre sexos

	Sexo	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Afirm1	masculino	84	3,37	1,039	,113
	feminino	138	3,86	1,068	,091
Afirm2	masculino	84	3,3333	1,15470	,12599
	feminino	138	3,8043	1,15802	,09858
Afirm3	masculino	84	4,1548	1,02374	,11170
	feminino	138	4,3551	,97262	,08280
Afirm4	masculino	84	1,9405	1,14441	,12487
	feminino	138	1,6957	1,12444	,09572
Afirm5	masculino	84	3,1548	,91169	,09947
	feminino	138	3,0217	,87518	,07450
Afirm6	masculino	84	2,2976	,88875	,09697
	feminino	138	2,2681	1,04316	,08880
Afirm7	masculino	84	3,2381	,85896	,09372
	feminino	138	3,8188	,93774	,07983
Afirm8	masculino	84	3,5833	1,00850	,11004
	feminino	138	3,7826	1,13818	,09689
Afirm9	masculino	84	1,9762	,87779	,09577
	feminino	138	1,6594	,93977	,08000
Afirm10	masculino	84	3,3333	1,12296	,12253
	feminino	138	3,6812	1,09401	,09313
Afirm11	masculino	84	2,0714	1,02717	,11207
	feminino	138	1,7826	,97216	,08276

Output 30

Test

Statistics^a

	Afirm 1	Afirm 2	Afirm 3	Afirm 4	Afirm 5	Afirm 6	Afirm 7	Afirm 8	Afirm 9	Afirm 10	Afirm 11
Mann-Whitney U	1278, 500	1600, 000	1477, 500	1433, 000	1780, 000	1463, 500	1275, 000	1649, 500	1358, 000	1480, 000	1516, 500
Wilcoxon W	2604, 500	2926, 000	2803, 500	4208, 000	4555, 000	4238, 500	2550, 000	2975, 500	4133, 000	2806, 000	4291, 500
Z	- 3,171	-1,490	-2,331	-2,448	-,601	-2,240	-3,083	-1,238	-2,877	-2,105	- 2,014
Asymp. Sig. (2-tailed)	,002	,136	,020	,014	,548	,025	,002	,216	,004	,035	,044

a. Grouping

Variable: Sexo

Output 31

Rapazes

Afirmação 1

N	Valid	51
	Missing	0
Median		3,00
Mode		3 ^a
Minimum		1
Maximum		5
Percentiles	25	3,00
	50	3,00
	75	4,00

a. Multiple modes exist. The smallest value is shown

Output 32

Raparigas

Afirmação 1

N	Valid	74
	Missing	0
Median		4,00
Mode		5
Minimum		1
Maximum		5
Percentiles	25	3,00
	50	4,00
	75	5,00

Output 33

Rapazes

Afirmação 3

N	Valid	51
	Missing	0
Median		4,0000
Mode		5,00
Minimum		1,00
Maximum		5,00
Percentiles	25	4,0000
	50	4,0000
	75	5,0000

Output 34**Raparigas**

Afirmação 3

N	Valid	74
	Missing	0
Median		5,0000
Mode		5,00
Minimum		1,00
Maximum		7,00
Percentiles	25	4,0000
	50	5,0000
	75	5,0000

Output 35**Rapazes**

Afirmação 4

N	Valid	51
	Missing	0
Median		22,0000
Mode		11,00
Minimum		11,00
Maximum		55,00
Percentiles	25	11,0000
	50	22,0000
	75	33,0000

Output 36**Raparigas**

Afirmação 4

N	Valid	74
	Missing	0
Median		11,0000
Mode		11,00
Minimum		11,00
Maximum		55,00
Percentiles	25	11,0000
	50	11,0000
	75	22,0000

Output 37

Rapazes		
Afirmação 6		
N	Valid	51
	Missing	0
Mediana		2,0000
Moda		2,00
Mínimo		1,00
Máximo		4,00
Percentis	25	2,0000
	50	2,0000
	75	3,0000

Output 38

Raparigas		
Afirmação 6		
N	Valid	74
	Missing	0
Mediana		2,0000
Moda		1,00
Mínimo		1,00
Máximo		5,00
Percentis	25	1,0000
	50	2,0000
	75	3,0000

Output 39

Rapazes		
Afirmação 7		
N	Valid	51
	Missing	0
Mediana		3,0000
Moda		3,00
Mínimo		1,00
Máximo		5,00
Percentis	25	3,0000
	50	3,0000
	75	4,0000

Output 40

Raparigas

Afirmação 7

N	Valid	74
	Missing	0
Mediana		4,0000
Moda		3,00
Mínimo		1,00
Máximo		5,00
Percentis	25	3,0000
	50	4,0000
	75	5,0000

Output 41

Rapazes

Afirmação 9

N	Valid	51
	Missing	0
Median		2,0000
Mode		2,00
Minimum		1,00
Maximum		5,00
Percentiles	25	1,0000
	50	2,0000
	75	2,0000

Output 42

Raparigas

Afirmação 9

N	Valid	74
	Missing	0
Median		1,0000
Mode		1,00
Minimum		1,00
Maximum		5,00
Percentiles	25	1,0000
	50	1,0000
	75	2,0000

Output 43

Rapazes

Afirmação 10

N	Valid	51
	Missing	0
Median		3,0000
Mode		3,00
Minimum		1,00
Maximum		7,00
Percentiles	25	3,0000
	50	3,0000
	75	4,0000

Output 44

Raparigas

Afirmação 10

N	Valid	74
	Missing	0
Median		4,0000
Mode		5,00
Minimum		1,00
Maximum		5,00
Percentiles	25	3,0000
	50	4,0000
	75	5,0000

Output 45

Rapazes

Afirmação 11

N	Valid	51
	Missing	0
Median		2,0000
Mode		1,00
Minimum		1,00
Maximum		5,00
Percentiles	25	1,0000
	50	2,0000
	75	3,0000

Output 46

Raparigas

Afirmação 11

N	Valid	74
	Missing	0
Median		1,0000
Mode		1,00
Minimum		1,00
Maximum		5,00
Percentiles	25	1,0000
	50	1,0000
	75	2,0000

CKI – Versão adaptada por Marta Reis, 2006

Contraceptive Knowledge Inventory (CKY; Delcampo e Delcampo, 1973; versão traduzida por Caldeira, Galhardas, Nobre e Ramiro, 2005; versão resumida e adaptada por Reis, 2006), escala de auto-avaliação, constituída por 9 itens que avaliam conhecimentos biológicos, modos de actuação e crenças face aos métodos contraceptivos. Cada item tem cinco opções de resposta, mas apenas uma é a correcta. Os resultados obtidos variam entre 0 e 9, com o valor mais alto como indicador de maior conhecimento face aos métodos contraceptivos. As características psicométricas da versão original revelaram um valor total de fidelidade de .86 e uma vez que os itens estão única e exclusivamente relacionados com o conhecimento sobre métodos contraceptivos foi assumida validade facial.

CKI (Delcampo e Delcampo, 1973; tradução de Caldeira, Galhardas, Nobre e Ramiro, 2005; adaptada por Reis, 2006)

Abaixo encontram-se várias questões relacionadas com conhecimentos dos métodos contraceptivos. Por favor, responda a cada questão, colocando uma cruz (X) na alínea que corresponde à resposta correcta.

1. Dos seguintes, o factor mais importante para a implementação correcta do método do calendário é:

- | | | | |
|--|--------------------------|--|--------------------------|
| a) A regularidade do ciclo menstrual da mulher | <input type="checkbox"/> | d) O número de dias entre o período seguro e o primeiro dia de menstruação | <input type="checkbox"/> |
| b) O número de dias que a mulher menstrua por ciclo | <input type="checkbox"/> | e) Não Sei | <input type="checkbox"/> |
| c) A duração do período seguro (quando a mulher não pode ficar grávida apesar de ter relações sexuais) | <input type="checkbox"/> | | |

2. O método da temperatura baseia-se na alteração da temperatura corporal de base da mulher:

- | | | | | | |
|-------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|------------|--------------------------|
| a) Antes da menstruação | <input type="checkbox"/> | c) Depois da menstruação | <input type="checkbox"/> | e) Não Sei | <input type="checkbox"/> |
| b) Antes da ovulação | <input type="checkbox"/> | d) Depois da ovulação | <input type="checkbox"/> | | |

3. Alguns investigadores consideram a hipótese de um destes métodos ser abortivo porque impede a implantação no útero de um ovo já fecundado:

- | | | | | | |
|--------------------------------|--------------------------|-----------------|--------------------------|------------|--------------------------|
| a) Contraceptivo Oral (pílula) | <input type="checkbox"/> | c) Espermicidas | <input type="checkbox"/> | e) Não Sei | <input type="checkbox"/> |
| b) DIU | <input type="checkbox"/> | d) Diafragma | <input type="checkbox"/> | | |

4. Quando posicionado correctamente, o DIU localiza-se em:

- | | | | | | |
|-----------------|--------------------------|-----------|--------------------------|------------|--------------------------|
| a) Colo Uterino | <input type="checkbox"/> | c) Útero | <input type="checkbox"/> | e) Não Sei | <input type="checkbox"/> |
| b) Vagina | <input type="checkbox"/> | d) Uretra | <input type="checkbox"/> | | |

5. Qual é o método contraceptivo considerado mais eficaz?

- | | | | | | |
|-------------------------|--------------------------|---------------------------|--------------------------|------------------------------------|--------------------------|
| a) Pílula | <input type="checkbox"/> | d) Coito Interrompido | <input type="checkbox"/> | g) Dispositivo Intra-uterino (DIU) | <input type="checkbox"/> |
| b) Preservativo | <input type="checkbox"/> | e) Pílula do Dia Seguinte | <input type="checkbox"/> | h) Espermicidas | <input type="checkbox"/> |
| c) Laqueação de Trompas | <input type="checkbox"/> | f) Anel Vaginal | <input type="checkbox"/> | i) Não Sei | <input type="checkbox"/> |

6. O DIU deve ser:

- | | | | |
|---|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
| a) Colocado antes da relação sexual e retirado várias horas depois | <input type="checkbox"/> | c) Limpo frequentemente | <input type="checkbox"/> |
| b) Controlado regularmente para verificar se continua no local adequado | <input type="checkbox"/> | d) Extraído após a mulher menstruar | <input type="checkbox"/> |
| | | e) Não Sei | <input type="checkbox"/> |

7. A função principal da pílula é:

- | | | | | | |
|--------------------------------|--------------------------|-----------------------------------|--------------------------|------------|--------------------------|
| a) Destruir os espermatozóides | <input type="checkbox"/> | c) Impedir a implantação do óvulo | <input type="checkbox"/> | e) Não Sei | <input type="checkbox"/> |
| b) Inibir a ovulação | <input type="checkbox"/> | d) Regular a ovulação | <input type="checkbox"/> | | |

8. Um método contraceptivo e, simultaneamente, um mecanismo de protecção contra as doenças venéreas, é:

- | | | | | | |
|-----------------|--------------------------|------------------|--------------------------|------------|--------------------------|
| a) DIU | <input type="checkbox"/> | c) Duche vaginal | <input type="checkbox"/> | e) Não Sei | <input type="checkbox"/> |
| b) Preservativo | <input type="checkbox"/> | d) Espermicidas | <input type="checkbox"/> | | |

9. Enquanto método contraceptivo, a esterilização cirúrgica (vasectomia, no caso do homem, e laqueação das trompas, no caso da mulher) poderá alterar a activação sexual do indivíduo:

- | | |
|--|--------------------------|
| a) Não Altera | <input type="checkbox"/> |
| b) Reduzindo o desejo sexual no homem vasectomizado, mas não numa mulher cujas trompas foram laqueadas | <input type="checkbox"/> |
| c) Reduzindo o desejo sexual na mulher cujas trompas foram laqueadas, mas não num homem Vasectomizado | <input type="checkbox"/> |
| d) Aumentando-a | <input type="checkbox"/> |
| e) Não Sei | <input type="checkbox"/> |

CAS – Versão adaptada por Marta Reis, 2006

Contraceptive Attitude Scale (CAS; Kyes, 1987; versão traduzida por Caldeira, Galhardas, Nobre e Ramiro, 2005; versão adaptada por Reis, 2006), escala de auto-avaliação, constituída por 11 itens que avaliam as atitudes face ao parceiro e atitudes face a si próprio no uso de métodos contraceptivos. Os resultados obtidos podem variar entre 11 e 55 pontos, com o valor mais alto como indicador de atitudes positivas para a utilização de contracepção – prevenção de risco. No que se refere às qualidades psicométricas da versão original, o teste reteste apresentou valores de .88. Quanto à validade externa da mesma, apresentou uma correlação estatisticamente significativa ($r = .72$) com o Premarital Contraceptive Attitude Evaluation Instrument (PCAIEI; Parcel, 1975) e com a frequência no uso do contraceptivo em estudantes universitários do sexo masculino e feminino ($r = .60$).

CAS (Kyes, 1987; tradução de Caldeira, Galhardas, Nobre e Ramiro, 2005; adaptada por Reis, 2006)

Segue-se um conjunto de afirmações acerca do uso dos métodos contraceptivos. Pedimos que expresse a sua opinião individual acerca de cada uma. Usando a escala fornecida, indique, assinalando, o grau de concordância ou discordância de cada afirmação. Não há respostas certas nem erradas. Lembre-se de que é a sua opinião que solicitamos.

1	2	3	4	5
Concordo Completamente	Concordo	Não Concordo Nem Discordo	Discordo	Discordo Completamente

1. Os métodos contraceptivos reduzem a activação sexual.	1	2	3	4	5
2. Os métodos contraceptivos fazem as relações sexuais parecer menos românticas.	1	2	3	4	5
3. Eu sentir-me-ia embaraçado(a) se conversasse sobre contracepção com os meus amigos.	1	2	3	4	5
4. As pessoas devem usar contraceptivos independentemente de conhecerem o seu parceiro sexual há mais ou menos tempo.	1	2	3	4	5
5. Os métodos contraceptivos podem realmente tornar a relação sexual mais agradável.	1	2	3	4	5
6. Não há dificuldade nenhuma no uso de métodos contraceptivos.	1	2	3	4	5
7. Usar métodos contraceptivos faz um relacionamento parecer demasiado permanente.	1	2	3	4	5
8. O sexo não é agradável se for usado um método contraceptivo.	1	2	3	4	5
9. Vale a pena usar contraceptivos mesmo que os custos monetários sejam elevados.	1	2	3	4	5
10. Os métodos contraceptivos fazem as relações sexuais parecer demasiado planeadas.	1	2	3	4	5
11. Sinto-me melhor comigo próprio(a) quando uso métodos contraceptivos.	1	2	3	4	5